

# 健康保険等資格取得・喪失 被扶養者認定・抹消証明書

(あて先) 寝屋川市長

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_  
 名称 \_\_\_\_\_  
 代表者印 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

次のとおり証明します。

保険種別	1 全国健康保険協会(協会けんぽ) 2 組合管掌健康保険 3 共済組合 4 船員保険 5 国民健康保険組合 6 日雇特例被保険者				
被保険者 又は 組合員	住所 氏名 生年月日	男・女 ( 昭・平・令 年 月 日 )			
被保険者等の記号・番号	証記号	証番号	健康保険等資格取得	取得	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
保険者名・保険者番号	保険者名	保険者番号	又は資格喪失年月日	喪失	平成 年 月 日 令和 年 月 日
個人番号			(退職年月日)	(退職)	平成 年 月 日 令和 年 月 日
被 扶 養 者	氏名・個人番号	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日
	個人番号	昭・平・令 年 月 日	男・女		認定・抹消 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	個人番号	昭・平・令 年 月 日	男・女		認定・抹消 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	個人番号	昭・平・令 年 月 日	男・女		認定・抹消 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	個人番号	昭・平・令 年 月 日	男・女		認定・抹消 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日

- (記載上の注意)
- 1 この証明書は、健保・共済・国保組合の理事長か事業主又は健保協会支部長が証明してください。
  - 2 この証明書は、被保険者又は組合員と新たに被扶養者等の資格を取得・喪失・認定・抹消した者について記入してください。
  - 3 保険種別は、該当する保険種別を○で囲んでください。
  - 4 資格取得・喪失欄・資格認定・抹消欄は日付を必ず記入してください。
  - 5 続柄は被保険者又は組合員との続柄を記入してください。

**※ 注意** 加入届は喪失日から14日以内に手続きを行ってください。届出が遅れると、医療費が全額自己負担になります。