

# 健 康 保 険 資 格 取 得 ・ 資 格 喪 失 等 確 認 通 知 書

被保険者(被保険者であった者)について記入する欄

フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
氏名	印								
現住所									
保険者名									
※保険者番号	※事業所記号・番号			—					
※取得年月日	平成・令和	年	月	日	※喪失年月日 (退職日の翌日)	平成・令和	年	月	日

被扶養者(被扶養者であった者)について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	※認定年月日	※解除又は喪失年月日

令和 年 月 日

事業所名称

所在地

代表者名

印

電話番号