

《記入例》

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	コクホ タロウ	生年月日	昭和 平成 令和	○年	○月	○日
氏名	国保 太郎 印		○年	○月	○日	
現住所	沖縄県宜野湾市〇〇-〇-〇					
保険者名	全国健康保険協会 沖縄支部					
※保険者番号	1470012	※事業所記号・番号	〇〇〇〇-〇〇〇			
※取得年月日	平成 令和 23年 4月 1日	※喪失年月日 (退職日の翌日)	平成・令和 元年 5月 1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
国保 花子	S32.2.14	妻	平成 23年 4月 1日	令和 元年 5月 1日

令和 年 月 日

事業所名称

所在地

代表者名

印

電話番号