

# 健康保険 被保険者 資格 取得 証明書 被扶養者 喪失

被 保 險 者	住 所					
	氏 名					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	記号・番号	記号			番号	
	取得年月日	平成	年	月	日	喪失年月日 平成 年 月 日
	厚生年金記号・番号	番号			番号	
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生 年 月 日		取得・喪失 年 月 日	
			明・大 昭・平	年 月 日	平成 年 月 日	
			明・大 昭・平	年 月 日	平成 年 月 日	
			明・大 昭・平	年 月 日	平成 年 月 日	
			明・大 昭・平	年 月 日	平成 年 月 日	
			明・大 昭・平	年 月 日	平成 年 月 日	
			明・大 昭・平	年 月 日	平成 年 月 日	
			明・大 昭・平	年 月 日	平成 年 月 日	

日雇労働者健康保険  
 上記の者は 全国土木建築国民健康保険 を 取得 したことを証明します。  
 健康保険  
 船員保険

平成 年 月 日

事業所所在地

名 称

事業主名

印

青森県大間町長 殿

(注) 喪失年月日は退職した日の翌日を記入して下さい。