

健康保険加入期間証明書

令和 年 月 日

下記のとおり証明します。

【事業所】所在地

名称
(担当者名)

印

電話番号

保険者				被保険者			
保険者番号				記号番号			
被 保 険 者	住所	葦崎市					
	氏名			生年月日	年	月 日	
	基礎年金番号			退職年月日	年	月 日	
	資格取得日	年	月 日	資格喪失日 (退職日の翌日)	年	月 日	
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	健康保険加入期間			
		年	月 日		資格取得日	年	月 日
					資格喪失日	年	月 日
		年	月 日		資格取得日	年	月 日
					資格喪失日	年	月 日
		年	月 日		資格取得日	年	月 日
					資格喪失日	年	月 日
		年	月 日		資格取得日	年	月 日
					資格喪失日	年	月 日
		年	月 日		資格取得日	年	月 日
					資格喪失日	年	月 日