

健康保険等資格取得・喪失証明書

(取得・喪失のいずれかを消す)

被 保 険 者	住 所	青森県北津軽郡鶴田町大字				
	氏 名			性 別		
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	健 康 保 険	記 号			番 号	
	基礎年金番号					
	保 険 者 名			保険者番号		
	取 得 年 月 日	令和 年 月 日				
	退 職 年 月 日	令和 年 月 日				
	喪 失 年 月 日	令和 年 月 日 (退職年月日の翌日です)				
被 扶 養 者	氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日	取 得 ・ 喪 失 年 月 日	
		男・女			令和 年 月 日	
		男・女			令和 年 月 日	
		男・女			令和 年 月 日	
		男・女			令和 年 月 日	
		男・女			令和 年 月 日	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

名称及び代表者名



問い合わせ先 鶴田町役場 健康保険課・国保介護班

〒038-3595 青森県北津軽郡鶴田町大字鶴田字早瀬200-1

☎ 0173-22-2111 (内線 145) F A X 0173-23-1240