

# 記入例

## 健康保険資格 取得・喪失 証明願

被 保 険 者	氏 名		保険者番号		0 6 1 3 5 8 9 1		
	ケンポ タロウ 健保 太郎		事業所名 株式会社セメント商工				
	生年月日 (S・H・R) 62年 10月 5日		記号番号 : 1211 — 123				
	資格取得年月日		資格喪失年月日				
昭和 (平成) 26年 4月 1日 令和		昭和 平成 2年 4月 1日 (令和)					
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	資格取得年月日 資格喪失年月日			
	健保 花子	妻	(S)・H・R 62年 12月 9日	S・(H)・R	26年 4月 1日	S・H・(R)	2年 4月 1日
			S・H・R 年 月 日	S・H・R	年 月 日	S・H・R	年 月 日
			S・H・R 年 月 日	S・H・R	年 月 日	S・H・R	年 月 日
			S・H・R 年 月 日	S・H・R	年 月 日	S・H・R	年 月 日
			S・H・R 年 月 日	S・H・R	年 月 日	S・H・R	年 月 日

提出先： 渋谷市役所

今般 **国民健康保険加入** の手続きが必要となりましたので、  
上記の通り相違ないことを証明願います

令和 2年 4月 5日

〒 123 - 4567  
申請者（被保険者） 住所 東京都渋谷区東123-4 506号  
電話番号 090 - 1234 - 5678  
氏名 健保 太郎