

# 健康保険等資格喪失証明書

○保険者名及び保険者番号

	(番号)
--	------

○被保険者証 記号・番号

記号		番号	
----	--	----	--

○被保険者 住所・氏名

住所	
氏名	

資格喪失者	氏名	続柄	性別	生年月日	資格取得年月日	資格喪失の理由
					資格喪失年月日	
被 保 険 者					年 月 日	1. 退職  年 月 日 退職
					年 月 日	
被 保 険 者					年 月 日	2. 被保険者死亡
					年 月 日	
扶 養 者					年 月 日	3. 扶養非該当 (理由 )
					年 月 日	
者					年 月 日	4. その他 (理由 )
					年 月 日	
					年 月 日	※資格喪失年月日は、 退職日の翌日です。
					年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保 険 者 所 在 地  
(又は事業所) 名 称  
代 表 者  
電 話 番 号

