

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 死 亡					年 月 日	2. 被保険者死亡
					年 月 日	
扶 養 非 該 当					年 月 日	3. 扶養非該当 (理由)
					年 月 日	
其 他					年 月 日	4. その他 (理由)
					年 月 日	
者					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。

令和 年 月 日

保 険 者 所 在 地

(又は事業所) 名 称

代 表 者

電 話 番 号

印