

# 健康保険資格喪失証明書

平成 年 月 日

事業所 所在地  
 名 称  
 代表者  
 T E L  
 印

下記のものは、健康保険の資格を喪失したことを証明します。

## 記

保 険 者 名	保険者名称				
	保険者番号				
保 険 記 号 番 号	記号	番号			
区 分	氏 名	性 別	被保険者 との続柄	生 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日
被保険者		男・女	本人	年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者		男・女		年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者		男・女		年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者		男・女		年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者		男・女		年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者		男・女		年 月 日	平成 年 月 日

※被扶養者の資格喪失のみの場合でも、太線内は必ず記入してください。

※喪失日は、退職日の翌日となります。