

# 健康保険資格喪失証明書

年 月 日

事業所 所在地  
 名 称  
 代表者  
 T E L

印

下記のもの健康保険の資格を喪失したことを証明します。

記

保 險 者 名		保 險 者 名 称			
		保 險 者 番 号			
保 險 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	年 月 日 (退職日: 年 月 日)
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	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。

※資格喪失年月日は、退職日の翌日です。