健康保険資格喪失証明書

　下記の者は、健康保険の［　被保険者　・　被扶養者　］の資格を喪失したことを証明いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険の記号・番号 | | 記号 |  | | 番号 | |  |
| 被保険者 | 住所 |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 退職日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 資格喪失年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 同上の 被扶養者 | 氏　名 | 生年月日 | | 続柄 | | 資格喪失年月日 | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |

　　平成　　年　　月　　日

住　　所

事業所名

代表者名

TEL（　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　）