健康保険等資格喪失証明書

① 被保険者本人の氏名				
② 被保険者本人の住所				
③ 資格喪失時の被保険者証の記号番号	記号		番号	
④ 資格喪失時の被保険者証の保険者名称	全国健康保険協会（　　）支部 （　　）健康保険組合 （　　）共済組合　国保組合			
⑤ 資格喪失時の被保険者証の保険者番号				
⑥ 資格喪失の理由	1　被保険者が退職したため（退職日：平成　　年　　月　　日） 2　被保険者が死亡したため 3　被保険者が後期高齢者医療制度に加入したため 4　被扶養者非該当となったため（理由：　　） 5　その他（理由：　　）			

⑦ 資格を喪失した被保険者（組合員）又は被扶養者氏名		生年月日	被保険者本人との続柄	資格取得・喪失年月日		備考
				取得年月日	喪失年月日（退職日の翌日）	
本人		・　・	本人	・　・	・　・	
被扶養者		・　・		・　・	・　・	
		・　・		・　・	・　・	
		・　・		・　・	・　・	
		・　・		・　・	・　・	

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

証明者（事業所名）

所在地

名称　　㊞

代表者名

電話番号　（　　）　　－

担当者名

※必ず証明をする事業所（保険者、勤務先）で記入・証明してください。