

健康保險等資格喪失証明書

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： 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。									
年 月 日									
所 在 地									
証 明 者 名 称 印 （事業所名）									
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。