

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： 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 所在地 平成 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 証明者 名称 ⑩ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 代表者名 (事業所名) — </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 電話番号 () — </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 担当者名 </div>					

※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。