

この証明書は、もとの勤め先又は保険者(社会保険事務所・健康保険組合等)で証明を受けてください。

健康保険等資格喪失証明書

保険者番号	番号	
及び名称	名称	

被保険者証等 (組合員証)	健康保険	記号	番号
	基礎年金番号		
	氏名		
	住所		

資格喪失者	氏名	生年月日	本人との続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日	資格喪失の理由
					<small>退職日の翌日(国保組合の場合は退職日当日) 被扶養者がいる場合は、必ず記入してください</small>	
		年 月 日	本人	年 月 日	年 月 日	1. 退職 (年 月 日退職) 2. 死亡退職 (年 月 日死亡) 3. 扶養基準収入超過 4. その他()
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者又は事業所 所在地
 名称
 代表者
 電話

印
 (担当者:)