

健康保険 資格喪失証明書

- 事業所又は保険者をご記入ください。
- 下記内容が記載された独自様式の証明書でも構いません。

被 保 険 者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	住所	三重郡菰野町			
	取得日	昭和 平成 令和 年 月 日	基礎年金番号		
	退職日	令和 年 月 日	通常、喪失日は退職日の翌日となります。		
	資格喪失日	令和 年 月 日			
保 険 の 種 類	保険者名称	/			
	保険者番号				
	記号番号				

	氏名	生年月日	続柄	認定を除外された日	認定除外理由
被 扶 養 者		昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	
		昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	
		昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	
		昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地

事業所
又は
保険者

名 称 ㊞

電 話 番 号