

健康保険 資格喪失証明書

- 事業所又は保険者がご記入ください。
○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	菰野 太郎	生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	三重郡菰野町 大字潤田1250番地			
	取得日	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	基礎年金番号	〇〇〇〇-△△△×××	
	退職日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
保 険 の 種 類	保険者名称	〇〇△△××組合			
	保険者番号	〇〇△△××			
	記号番号	〇〇△△××			
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	認定を除外された日	認定除外理由
	菰野 花子	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	妻	令和〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者退職のため
		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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
事業所 又は 保険者	所在地	菰野町大字潤田〇〇〇〇番地			
	名称	株式会社〇〇××△△ (印)			
	電話番号	059-000-XXXX			