健康保険資格等喪失証明書

下記の者は、健康保険等の被保険者または被扶養者の資格を喪失したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業所または保険者名
所　在　地
代　表　者　　㊞

記

被保険者氏名		(男・女)	生年月日	(明・大・昭・平) 年　月　日	
住所					
喪失年月日	平成・令和　年　月　日				
退職年月日	平成・令和　年　月　日				
被保険者証の記号番号等	記号		番号		
	保険者名		保険者番号		

	氏名	生年月日	末梢年月日
被扶養者	(男・女)	(明・大・昭・平) 年　月　日	平成 令和　年　月　日
	(男・女)	(明・大・昭・平) 年　月　日	平成 令和　年　月　日
	(男・女)	(明・大・昭・平) 年　月　日	平成 令和　年　月　日
	(男・女)	(明・大・昭・平) 年　月　日	平成 令和　年　月　日
	(男・女)	(明・大・昭・平) 年　月　日	平成 令和　年　月　日
	(男・女)	(明・大・昭・平) 年　月　日	平成 令和　年　月　日