

健康保険資格喪失証明書

被保険者 (本人)	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日		
	厚生年金保険の 記 号 番 号	記 号	番 号	
	基礎年金番号			
	健康保険の 記 号 番 号	記 号	番 号	
	保険者の名称	名 称		
資格取得年月日	年 月 日			
資格喪失年月日 (退職日等の翌日)	年 月 日			

被扶養者 (家族)	氏 名	続柄	生 年 月 日	資格喪失年月日
			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

上記の者は、健康保険の資格を喪失したことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
名 称
事業主名
電話番号

