

健康保險資格喪失證明書

氏 名			性 別	男 ・ 女	
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
住 所					
健康保険記号番号	記 号			番 号	
厚生年金等記号番号	—				
資 格 取 得 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
発 行 機 関 名 と 所 在 地					

※健康保険の資格に異動のあったもの

氏 名		続 柄	生 年 月 日	性 別	退 職 年 月 日	資格喪失年月日	喪失理由
被保険者		本 人	昭・平・令 年 月 日	男・女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
被 扶 養 者			昭・平・令 年 月 日	男・女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	男・女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	男・女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	男・女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

上記のとおり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	
事業所名 (事業主名)	㊟

※ 資格喪失日とは、退職した日の翌日、または扶養認定の切れた日です。

※ 喪失理由は、「退職」、「扶養所得基準超過」等と記入してください。