

健康保険等 被保険者 資格喪失証明書

被保険者	(フリガナ)		(生年月日)昭和・平成 年 月 日生
	〒	—	
	(住所)		
健康保険証等の 記号番号	(記号)	(番号)	
保険者番号			
資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日	資格喪失年月日 (退職年月日)	平成 年 月 日 (平成 年 月 日)

被 扶 養 者	氏 名	生年月日	認定年月日	解除年月日
		昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 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
名 称
代表者
電 話

※資格喪失日は退職日の翌日となります。