

所在地 _____

名称 _____ 印

電話番号 _____

*必ず事業所等の印が必要です。

下記のとおり、証明します。

健康保険資格喪失証明書

保険の種類 記号番号	協会けんぽ 船員健保 国保組合	組合健保 共済組合 日雇健保	記号・番号		保険者番号	
被保険者について記入して下さい	住所					
	氏名		生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	退職日	令和 年 月 日				
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日				
	氏名	生年月日	資格取得年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)		
被扶養者がいましたら記入して下さい		昭和・平成・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	昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日		
		昭和・平成・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	昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日		
		昭和・平成・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	昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日		
備考	※扶養者のみ資格喪失する場合は、その理由を記入してください その場合、被保険者の退職日・資格喪失年月日は記入不要です。					