

# 健康保険等資格喪失証明書

○ 保険者名及び保険者番号

	(番号)
--	------

○ 被保険者証(組合員証)

記号		番号	
----	--	----	--

○ 被保険者(組合員) 住所・氏名

住所

---

氏名

---

資格喪失者	氏名	続柄	資格取得年月日	資格喪失の理由
			資格喪失年月日	
被保険者	昭・平・令 年 月 日生	/	年 月 日	1・退職 年 月 日 退職※ ※資格喪失年月日は、退職日の翌日です。 2・死亡退職 3・扶養基準収入超過 4・その他 ( )
被扶養者	昭・平・令 年 月 日生		年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日生		年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日生		年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日生		年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日生		年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日生		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

保険者(事業所)の所在地

名称

代表者

電話番号

印

この証明書は、もとの勤め先または保険者(社会保険事務所・健康保険組合等)で証明を受けてください。

※国民健康保険への加入手続きは、資格喪失年月日より14日以内に行ってください。