

## 健康保険等資格喪失証明書

① 保険者名及び保険者番号

	(番号)
--	------

② 被保険者証(組合員証)

記号		番号	
----	--	----	--

③ 被保険者(組合員)

住所

---

氏名

---

	④ 被保険者	氏名 (生年月日)	続柄	資格取得年月日	⑥ 資格喪失の理由
		(昭・平・令 年 月 日生)		資格喪失年月日	
資格喪失者			/	年 月 日	1. 退職 年 月 日 退職 <small>※退職日の翌日が喪失日となります</small> 2. 死亡退職 3. 扶養基準収入超過 4. その他 ( )
				年 月 日	
	⑤ 被扶養者		年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			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

事業所所在地

名称

代表者

電話番号

担当者氏名

印

(記載にあたって、事業所の方へのお願い)

- 1 ①欄には、事業所が所属する保険者の名称及び保険者番号を記入してください。  
例) □□共済組合 △△健康保険組合 など
- 2 ②欄には、健康保険証の記号番号を記入してください。
- 3 ④、⑤欄には、健康保険の資格を喪失した方について、被保険者本人、被扶養者の区分に応じて記入してください。
- 4 ⑥欄中、「4. その他」の場合は、〔 〕欄にその理由を記入してください。