

健康保険資格喪失証明書

保 険 者	番 号			
	名 称			
	所 在 地			
被 保 険 者	記 号		番 号	
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	
	住 所			
	資格喪失年月日	年 月 日 (退職日の翌日)		
被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	資 格 喪 失 日

上記のとおり資格を喪失することを証明する。

令和 年 月 日

所在地

事業所 名 称

代表者名

印

電話番号