

健康保険等資格喪失証明書

保険者名及び保険者番号

--

被保険者証（組合員証）

記号		番号	
----	--	----	--

被保険者（組合員）

住所	
----	--

氏名	
----	--

資格喪失者	氏名	被保険者との続柄	資格取得年月日	資格喪失の理由
			資格喪失年月日(注1)	
資格喪失者	年 月 日生	本人	年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職 (年 月 日退職) <input type="checkbox"/> 死亡退職 <input type="checkbox"/> 扶養基準収入超過 <input type="checkbox"/> その他 ()
			年 月 日	
	年 月 日生		年 月 日	
			年 月 日	
	年 月 日生		年 月 日	
			年 月 日	
	年 月 日生		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

保険者 所在地
(又は事業所)

名 称

事業主等氏名

印

(注1) 資格喪失年月日は退職日の翌日(国保組合の場合は退職当日)となります。

※この証明書は、元の勤め先又は保険者(年金事務所・健康保険組合等)で証明を受けてください。