

健康保険資格喪失証明書

被保険者	氏名			
	住所			
	健康保険記号番号	—	保険者名	
	基礎年金番号	—		

被保険者氏名	生年月日	続柄	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
	M・T・S・H .		.
被扶養者氏名	生年月日	続柄	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
	M・T・S・H .		.

- 1 保険者名欄は、政府管掌の場合は社会保険事務所名を記入してください。
- 2 資格喪失年月日は、退職日の翌日を記入してください。

上記のとおり当所の健康保険(共済組合)の資格を喪失したことを証明します。

平成 年 月 日

事業所の所在地

事業所名

電話番号 ()

印

事業所へのお願い

この証明書は国民健康保険の資格を取得するための必要書類ですから、各欄漏れなく記載のうえ本人にお渡し下さい。