

健康保険資格喪失証明書

健康保険被保険者		記号		番号		
保 險 者		名称		番号		
被 保 険 者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日
		昭・平・令 年 月 日	男・女	本人	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
	現 住 所					
	〒 ー					
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	認 定 日	削 除 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

上記の通りであることを証明します。

令和 年 月 日

保険者または事業主（所在地）

保険者または事業主（名 称）

(印)

電話番号