健康保険資格喪失証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　　　　　　分 | | 被　保　険　者 |
| 住　　　　　　　　所 | |  |
| 氏　　　　　　　　名 | |  |
| 生　 年　 月 　日 | | 昭和　・　平成　　　年　　　　　月　　　　　　　日 |
| 健康保険 加入日 | | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　　日 |
| 退 職 日 | | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　　日 |
| 資格喪失した日 | 本　　　人 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　　日 |
| 被扶養者 | 令和　　 　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 被保険者証記号番号 | |  |
| 基　礎　年　金　番　号 | |  |
| 事　　業　 所　　名 | |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   被扶養者氏名  上記のとおりその資格を喪失したことを証明する。  　　　　　 　令和　○年　○月　○日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　東京都○○  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　株式会社○○  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　○○  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　03-0000-0000 | | |

※被扶養者氏名欄の余白は斜線で抹消すること