健康保険資格喪失証明書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

(事業所名)　〒　　　　　―

　　所在地

　　名　称

　　代表

　　電話番号　　　　　―　　　　　　―

下記の者の当保険における１．被保険者本人２．被扶養者の資格について証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険  被保険者証 | 保険者名 | | |  | | 保険者号 | |  | |
| 記　　号 | | |  | | 番号 | |  | |
| 被保険者  本人 | フリガナ | | |  | | 性別 | | 生年月日 | |
| 氏　　名 | | |  | | 男・女 | | 昭和・平成 | |
| 年　　月　　日 | |
| (異動者に関する記入欄) | | | | | | | | | |
| 資格取得年月日 | | 昭和・平成・令和 | | | 資格喪失年月日 | | 昭和・平成・令和 | | |
| 年　　　月　　　日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 被保険者の住所 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 資格移動の理由 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 資格異動者の氏名 | | | 生年月日 | | | | 性別 | | 被保険者との続柄 |
|  | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | 男・女 | |  |
|  | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | 男・女 | |  |
|  | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | 男・女 | |  |
|  | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | 男・女 | |  |
|  | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | 男・女 | |  |
|  | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | 男・女 | |  |