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 |  |