殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康保険資格 | 取得 | 証明書 |
| 喪失 |
|  |
| 保険者の名称 |  | 年金事務所 |
|  | 健康保険組合 |
|  | 共済組合 |
|  | 国民健康保険組合 |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  |
| 被保険者名 |  | 取得年月日 | 年　月　日　 |
| 喪失年月日 | 年　月　日　 |
| 生年月日 | 明大昭平　年　月　日 | 喪失理由 | 退職(　　　年　　月　　日付) |
| その他(　　　　　　　　　　) |
|  |
| 被扶養者 | 続柄 | 氏名・生年月日 | 認定年月日 | 削除年月日 | 退職以外のときの喪失理由 |
|  |  | 平成令和　年　月　日 | 平成令和　年　月　日 |  |
| 明大昭平　年　月　日 |
|  |  | 平成令和　年　月　日 | 平成令和　年　月　日 |  |
| 明大昭平　年　月　日 |
|  |  | 平成令和　年　月　日 | 平成令和　年　月　日 |  |
| 明大昭平　年　月　日 |
|  |  | 平成令和　年　月　日 | 平成令和　年　月　日 |  |
| 明大昭平　年　月　日 |
|  |  | 平成令和　年　月　日 | 平成令和　年　月　日 |  |
| 明大昭平　年　月　日 |

上記のとおり、健康保険の資格を取得喪失したことを証明します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

 保険者または事業所の 所在地

 名称

 代表者

 電話番号