　　　　　　　　　　　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