

殿

健康保険資格 取得 喪失 証明書

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()	

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	
被 扶 養 者	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	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	

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 _____