

健康保険 被保険者 資格喪失証明書
被扶養者

保険の種類 (該当するものを ○で囲む)	全国健康保険協会・船員保険・組合健康保険 共済組合 () 共済)・ 国保組合 その他 ()	保険者番号	
記号		番号	
勤務していた事業所名			

上の保険等の被保険者（本人）または被扶養者（家族）であった者の氏名及び資格喪失年月日				
区分	氏名	続柄	生年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
被保険者(本人)		本人	昭和 平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
被扶養者(家族)			昭和 平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
〃			昭和 平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
〃			昭和 平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
〃			昭和 平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
〃			昭和 平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
〃			昭和 平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
資格喪失の理由 (家族のみの場合は 具体的に)	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 本人退職による (該当日の記入と該当理由に☑) <input type="checkbox"/> 75歳到達による後期高齢者医療制度加入 <input type="checkbox"/> その他 ()			

上記のとおり相違ないことを証明する

(証明日)

令和 年 月 日

事業所（事業主） 住所
又は保険扱事務所 氏名

印

TEL

【記載上の注意】

- この証明書は、必ず事業所または保険者が記載押印してください。
- 「喪失年月日」は退職日の翌日となります。
- 「被扶養者」欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。

本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。