**健康保険資格喪失証明書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏名 |  | 生年月日 | 　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 健康保険の種類等 | 保険者記号・番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 基礎年金番号 |  |
| 資格取得日 | 退職日 | 資格喪失日 |
| 年　　月　　日　　 | 年　　月　　日　　 | 年　　月　　日　　 |
| 被扶養者 | 氏　　　名 | 生年月日 | 続柄 | 資格取得日 | 資格喪失日 |
|  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 年　月　日 |

以上の通り、証明します。

　　 　 　　　　年　　月　　日

 　 事業所名

 代表者名　　　　　　　　　　　　印