

健康保険等資格喪失証明書

① 保険者及び保険者番号

	(番号)
--	------

② 基礎年金番号

番号	-
----	---

③ 被保険者証(組合員証)

記号		番号	
----	--	----	--

④ 被保険者(組合員)

氏名 _____

住所 _____

	⑤ 被 保 険 者	氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日 資格喪失年月日	⑦資格喪失の理由
			昭・平・令 年 月 日		年 月 日 年 月 日	
資 格 喪 失 者			昭・平・令 年 月 日	/	年 月 日 年 月 日	1 退職 年 月 日 退職 (退職の翌日が喪失日となります) 2 死亡退職 3 扶養基準収入超過 4 その他 []
			昭・平・令 年 月 日		年 月 日 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日		年 月 日 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日		年 月 日 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日		年 月 日 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日		年 月 日 年 月 日	

上記のとおり、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____ 印

電話番号 _____

担当者名 _____

(記載にあたって、事業所の方へのお願い)

- 1 ①欄には、事業所が所属する保険者の名称及び保険者番号を記入してください。
例) □□共済組合 △△健康保険組合 など
- 2 ②欄には被保険者(組合員)の基礎年金番号を、③欄には健康保険証の記号番号を記入してください。
- 3 ⑤、⑥欄には、健康保険の資格を喪失した方について、被保険者本人、被扶養者の区分に応じて記入してください。
- 4 ⑦欄中、「4 その他」の場合は[]欄にその理由を記入してください。