

大田区長 様

健康保険資格喪失証明書

保 険 者	保 険 者 の 名 称	
	保 険 者 番 号	
	所 在 地	

被 保 険 者	記 号		番 号	
	氏 名		取得年月日	年 月 日
	生年月日		喪失年月日	年 月 日
	住 所		退職年月日	年 月 日
			その他喪失理由	()

(被扶養者がいる場合、下記に記入ください。)

被 扶 養 者	氏 名	生年月日	続柄	認定年月日	喪失(解除)年月日	退職以外 喪失理由
		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	

上記のとおり、健康保険の資格を喪失したことを証明します。

年 月 日

保険者または事業所の所在地

名 称

代表者

印

電話番号

注意

- 1 資格喪失年月日は、退職日または死亡日の翌日です。
- 2 社判(本社、支社、支店、営業所など)が必要です。