

健康保険資格喪失証明書

1 被保険者（組合員） [住所]

[氏名]

2 被保険者（組合員）番号 [記号] [番号]

※枝番は下表にご記入ください。

3 保険者（保険組合）名称

保 険 者 番 号

4 基 礎 年 金 番 号 [記号] [番号]

5 資格喪失者

資格喪失日は退職年月日の翌日です。

被保険者	続柄	被保険者番号 の枝番	生年月日	資格取得 年月日	資格喪失 年月日
	本人				
被扶養者	続柄	被保険者番号 の枝番	生年月日	資格取得 年月日	資格喪失 年月日

6 被保険者の 年中（1月から12月まで）の収入金額 円

年中（1月から12月まで）の収入金額 円

年中（1月から12月まで）の収入金額 円

7 資格喪失の理由（退職の場合は退職日も記入してください）

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

事業所の所在地

事業所名

電話番号

代表者

(注)法人の場合及び法人以外でも本人（代表者）が
手書きしない場合は、記名押印してください。