

# 健康保険等資格喪失証明書

被保険者氏名			
被保険者住所			
保険者番号			
記号		番号	

## 資格喪失者

	氏名	続柄	性別	生年月日	資格取得年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	資格喪失の理由
本人		本人		S・H・R ・	・	・	1 退職 年 月 日 退職
被 扶 養 者				S・H・R ・	・	・	2 被保険者死亡 年 月 日 死亡
				S・H・R ・	・	・	3 扶養非該当 〔理由〕
				S・H・R ・	・	・	4 その他 〔理由〕
				S・H・R ・	・	・	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者名  
(または事業所)

代表者

印

住 所

電 話 :                   -                   -