

健康保険資格喪失証明書

益城町長 様

年 月 日

下記の者は、健康保険の資格を喪失したことを証明します。

保 険 者
(又は事業主)

所在地
名 称
代表者 (印)
電 話 () -
【担当者氏名 記】

保険者名	全国健康保険協会や 健康保険組合などの名称	保険者 番 号	
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	基礎年金 番号
被保険者住所 被扶養者	益城町大字		
氏 名	続柄	性 別	資格喪失年月日
生 年 月 日			健康保険資格喪失理由
(被保険者)	本人	男	H・R
S・H・R 年 月 日		女	<input type="checkbox"/> 今回は扶養取消のみ
(被扶養者)		男	H・R
S・H・R 年 月 日		女	<input type="checkbox"/> 扶養取消 <input type="checkbox"/> 後期該当 <input type="checkbox"/> その他()
(被扶養者)		男	H・R
S・H・R 年 月 日		女	<input type="checkbox"/> 扶養取消 <input type="checkbox"/> 後期該当 <input type="checkbox"/> その他()
(被扶養者)		男	H・R
S・H・R 年 月 日		女	<input type="checkbox"/> 扶養取消 <input type="checkbox"/> 後期該当 <input type="checkbox"/> その他()
(被扶養者)		男	H・R
S・H・R 年 月 日		女	<input type="checkbox"/> 扶養取消 <input type="checkbox"/> 後期該当 <input type="checkbox"/> その他()

- ※ 保険者または事業主に証明を受けてください。 ※被保険者の欄は、いずれの場合も記入する。
- ※ 退職の場合、資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- ※ 被扶養者の資格喪失がある場合、被扶養者欄の記入が必要です（扶養認定取消の場合を含む）。
- ※ 保険者または事業主が記入してください。