健 康 保 険 資 格 喪 失 証 明 書

次の者は、被保険者（被扶養者）の資格を喪失していることを証明します。

保険者番号				
保険者名	□ [　　] 健康保険組合 □ 全国健康保険協会 [　　] 支部 □ [　　] 共済組合			
被保険者証の記号・番号				
被保険者の住所				
	氏　　名	生 年 月 日	続柄	資 格 喪 失 日
被保険者		年　月　日		年　月　日
被扶養者		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

令和　　年　　月　　日

所 在 地

名　　称

電 話 番 号

↑　保険者（健康保険組合等）または事業所が記入してください。