

健康保険資格喪失証明書

申請者
(健康保険の被保険者) 住所 阿蘇市
氏名 _____ 印 _____

健康保険の資格喪失年月日 (退職した日の翌日)	平成・令和 年 月 日
----------------------------	-------------

	資格喪失者氏名 (被扶養者もすべて記入)	生年月日	性別	続柄	備考
①		昭・平・令 年 月 日			
②		昭・平・令 年 月 日			
③		昭・平・令 年 月 日			
④		昭・平・令 年 月 日			
⑤		昭・平・令 年 月 日			
⑥		昭・平・令 年 月 日			

上記の者は、健康保険の資格を喪失したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
事業所の 名称
代表者名

印