健康保険資格喪失証明書

平成 ＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日

（事業所名） 〒 ＿＿＿ ― ＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿ ― ＿＿＿＿＿ ― ＿＿＿＿＿

下記の者の当保険における１．被保険者本人２．被扶養者の資格について証明します。

健康保険 被保険者証	保険者名		保険者号	
	記　　号		番号	
被保険者 本人	フリガナ 氏　　名		性別	生年月日
			男・女	昭和・平成 年　　月　　日

（異動者に関する記入欄）

資格取得年月日	昭和・平成 年　　月　　日	資格喪失年月日	昭和・平成 年　　月　　日
被保険者の住所			
資格移動の理由			

資格異動者の氏名	生年月日	性別	被保険者との続柄
	昭和・平成　　年　　月　　日	男・女	
	昭和・平成　　年　　月　　日	男・女	
	昭和・平成　　年　　月　　日	男・女	
	昭和・平成　　年　　月　　日	男・女	
	昭和・平成　　年　　月　　日	男・女	
	昭和・平成　　年　　月　　日	男・女	