

記入例

健康保険資格喪失証明書

健康保険被保険者証		記号	1 0 0 0		番号	1 2 3 4 5	
被 保 険 者	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	資格取得年月日	資 格 喪 失 日		
	タイヨウ ハナコ 太陽 花子	昭和XX年12月10日生	女	平成XX年10月1日	平成XX年12月1日		
	現 住 所						
〒							
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	認 定 日	削 除 日	
	タイヨウ 仔助 太陽 一郎	昭和XX年 5月21日生	男	長男	平成XX年10月1日	平成XX年12月1日	
	タイヨウ ミチ 太陽 道子	昭和XX年10月11日生	女	長女	平成XX年10月1日	平成XX年12月1日	

← 平成17年11月30日
退社の場合、資格喪失日は退社日の翌日となる

← 被扶養者がある場合は必ず記入する

〔 認定日・削除日が不明の場合は健康保険組合に照会する 〕

上記の通りであることを証明します。

平成 年 月 日

←資格喪失日または、削除日以降の日付にする。

住所(所在地)

名称

電話番号

}

支社長名で証明する