

健康保険資格喪失証明書

健康保険被保険者証		記号			番号		
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	
		昭和 年 月 日生	女	平成 年 月 日		平成 年 月 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	

上記の通りであることを証明します。

平成 年 月 日

住所(所在地)

名称

電話番号