

年 月 日

健康保険資格喪失証明書

株式会社〇〇

代表取締役 〇〇 〇〇 印

健康保険資格喪失について、下記のとおり証明いたします。

記

【被保険者情報】

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 -		
電話番号	()	続 柄	本人
資格取得日	年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日

【保険者情報】

保険者名			
保険者番号		事業所記号	

【被扶養者情報】

氏 名	生年月日	続 柄	資格取得日	資格喪失日
	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	年 月 日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日

以上

※本書式は参考例です。実際の内容や運用に合わせて、必要な修正を行ったうえでご使用ください。