

## 健康保険等資格喪失証明書

保険者名及び保険者番号

	(番号)
--	------

被保険者証(組合員証)

記号		番号	
----	--	----	--

被保険者(組合員)

住所	大野城市
----	------

氏名	
----	--

	氏名	被保険者との続柄	資格取得年月日	資格喪失の理由
			資格喪失年月日(注1)	
資格喪失者	年 月 日生	本人	年 月 日	1 退職 (年 月 日退職)
			年 月 日	
	年 月 日生		年 月 日	2 死亡退職
			年 月 日	
	年 月 日生		年 月 日	3 扶養基準収入超過
			年 月 日	
年 月 日生		年 月 日	4 その他	
		年 月 日		

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

保 険 者 所在地

(又は事業所) 名称

代表者

印

(注1)資格喪失年月日は退職日の翌日(国保組合の場合は、退職当日)となります。

この証明書は、もとの勤め先又は保険者(社会保険事務所・健康保険組合等)で証明を受けてください。

**この手続きは資格喪失年月日より14日以内に行ってください。**