

健康保険等資格喪失証明書

保険者名及び保険者番号

〇〇健康保険組合 (番号 〇〇〇〇〇〇)

被保険者 (組合員)

記号

〇〇〇

番号

〇〇〇〇〇〇

住所

大野城市曙町2丁目2番1号

氏名

大野 太郎

資格喪失者	氏 名	被保険者との続柄	資格取得年月日 資格喪失年月日(注1)	資格喪失の理由
	大野 太郎 平成元年1月1日生	本 人	令和元年4月1日 令和8年4月1日	1 退 職 (退職日: 令和8年3月31日)
	大野 花子 平成元年1月1日生	妻	令和元年4月1日 令和8年4月1日	
	年 月 日生		年 月 日 年 月 日	2 死亡退職
	年 月 日生		年 月 日 年 月 日	3 扶養基準収入超過
	年 月 日生		年 月 日 年 月 日	4 その他
	年 月 日生		年 月 日 年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和8年4月1日

保 険 者

所在地 大野城市〇〇1丁目1番1号

(又は事業所)

名 称 〇〇株式会社

代表者 大野 まどか 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。