

# 健康保険資格喪失証明書

(国民健康保険の加入・被扶養家族の認定用)

|       |          |    |  |    |  |
|-------|----------|----|--|----|--|
| 保険者番号 | 06132948 | 記号 |  | 番号 |  |
|-------|----------|----|--|----|--|

|                  |      |  |                     |  |
|------------------|------|--|---------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 氏名   |  | 資格<br>喪失日           |  |
|                  | 生年月日 |  | 退職日                 |  |
|                  | 住所   |  | 基礎年金<br>番号<br>(省略可) |  |

| 被<br>扶<br>養<br>者 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 続柄 | 扶養削除日 | 備 考 |
|------------------|-----|---------|----|-------|-----|
|                  |     |         |    |       |     |
|                  |     |         |    |       |     |
|                  |     |         |    |       |     |
|                  |     |         |    |       |     |
|                  |     |         |    |       |     |
|                  |     |         |    |       |     |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名称

事業所所在地

代表者名

⑩

電話番号

- ◆この証明書は、事業所で記入し押印してください。
- ◆この証明書は、お住いの市区町村にて国民年金または国民健康保険の資格取得手続きなどにご利用ください。