

# 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 記号・番号  
(組合員証)

記号		番号	
----	--	----	--

○ 被保険者 住所・氏名  
(組合員)

住所:

---

氏名:

---

資格喪失(否認)者	氏名	続柄	資格取得年月日	資格喪失(否認)の理由
			資格喪失年月日	
被 保 険 者	生年月日	本人	年 月 日	1. 退職 年 月 日 退職 <span style="float: right;">(注)</span>  2. 被保険者 後期高齢者医療制度該当  3. 被保険者死亡  4. 扶養基準収入超過  5. その他 (理由: _____)  (注) 資格喪失年月日は 退職日の翌日。
	年 月 日		年 月 日	
被 扶 養 者	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		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  
電話番号

⑩

(宛先) 筑紫野市長

この証明書は、事業所または保険者(社会保険事務所、健康保険組合など)で記入証明してもらってください。