

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	被保険者	氏名	続柄	資格取得年月日	資格喪失(否認)の理由
		生年月日		資格喪失年月日	
資格喪失(否認)者	被保険者	年 月 日	本人	年 月 日	1. 退職 (注) 年 月 日 退職 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	年 月 日	年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

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(年金事務所・健康保険組合など)で記入証明してもらってください。