

健康保険  
共済組合

資格喪失証明書

健康保険 被保険者証	保険者 (健康保険の名称)				
	保険証記号番号		保険者番号		
被保険者本人 (組合員)	住所				
	氏名	年 月 日			
	資格喪失年月日	年 月 日 (注：退職日の翌日です。)	基礎年金番号		
被扶養者	氏名	生年月日	被保険者 との続柄	被扶養者の認定を 除外された年月日	備考
配偶者		年 月 日		年 月 日	
配偶者 以外の者		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	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者（事業所）

所在地

名称

代表者氏名

印

電話（ ） —