

健康保険等資格喪失証明書

下記のものは、被保険者の資格を喪失した
被扶養者の認定を抹消した ことを証明します
(該当する方にチェックしてください)

令和 年 月 日

事業所 所在地

名称

代表者

印

TEL () - 担当者

基本 項目	対象の被保険者	住所				
		氏名	生年月日	昭・平 令	年 月 日	
	健康保険・厚生年金 の資格内容	取得日	年 月 日	保険者名 (注1)		
		退職日	年 月 日	健康保険 記号番号 (注2)		
喪失日 (注3)		年 月 日	基礎年金 記号番号			
被扶養者 (注4)	氏名	生年月日	続柄	被扶養者としての認定を 抹消された日		
		昭・平 令	年 月 日		昭・平 令	年 月 日
		昭・平 令	年 月 日		昭・平 令	年 月 日
		昭・平 令	年 月 日		昭・平 令	年 月 日
		昭・平 令	年 月 日		昭・平 令	年 月 日
		昭・平 令	年 月 日		昭・平 令	年 月 日

【記載上の注意】

- (注1) 事業所名ではなく、健康保険の保険者名(例:全国健康保険協会島根支部)を記載してください。
- (注2) 被保険者の健康保険の記号及び番号を記載してください。
- (注3) 喪失日は、退職による喪失の場合、通常は退職日の翌日となります。75歳到達による喪失の場合、75歳の誕生日となります。
- (注4) 被扶養者は、被保険者の資格喪失の際に被扶養者がある場合や、被扶養者としての認定を抹消された場合に記入してください。なお、その場合でも基本項目は記入してください。