

# 健康保険資格喪失証明書

調布市長 あて

被保険者本人 (会社等に勤務する本人)		住所				
		氏名				
保険者名				記号		
保険者番号				番号		
資格喪失者	区分	氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	資格取得年月日 資格喪失年月日
	本人		男・女	昭平令 年 月 日	本人	年 月 日 年 月 日
		被扶養者		男・女		昭平令 年 月 日
			男・女	昭平令 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
			男・女	昭平令 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
			男・女	昭平令 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
			男・女	昭平令 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
資格喪失の理由	1 被保険者が退職したため（退職 年 月 日）（※） 2 被保険者が後期高齢者医療制度に該当したため 3 被扶養者に収入があるため（収入額 円） 4 被保険者が死亡したため 5 その他（理由： ） （※）資格喪失年月日は退職日の翌日になります。					

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

(または事業所) 名称

代表者

電話

印

- ①この証明書は、事業所または保険者（社会保険事務所・健康保険組合等）が記入・証明してください。  
②この証明書は、調布市の国民健康保険へ加入する場合に必要になります。