

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	調布市小島町2-35-1				
	氏名	調布 太郎				
保険者名	全国健康保険協会〇〇支部	記号	1 2 3 4			
保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	番号	5 6 7			
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	調布 太郎	男・女	昭平令 35年1月1日	本人	S60年4月1日 R3年4月1日
	被扶養者	調布 花子	男・女	昭平令 35年4月1日	妻	S60年4月1日 R3年4月1日
		調布 一郎	男・女	昭平令 1年4月1日	子	H1年4月1日 R3年4月1日
			男・女	昭平令 年 月 日		年 月 日
			男・女	昭平令 年 月 日		年 月 日
		男・女	昭平令 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 R3年3月31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。

R3年 4月 1日

保険者 所在地 調布市つつじが丘〇丁目△番地□

(または事業所) 名称 〇〇〇〇株式会社

代表者 代表取締役 調布 二郎

電話 042-481-〇〇〇〇



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。