

【記入例】

健康保険資格喪失証明書

被 保 険 者 (本 人)	氏 名	小山 太郎					
	住 所	小山市中央町1-1-1					
	健康保険被保険者証	記号	1234	番号	1234567		
	保 険 者 名	〇〇健康保険組合		保険者番号	98765432		
	保 険 者 住 所	栃木県〇〇市××町1234					
	基礎年金番号	1234 — 567890					
	退 職 年 月 日	令和	〇	年	3	月	31

資格喪失者

被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	続 柄	資 格 取 得 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日
小山 太郎	昭和・平成・令和 29年 3月 31日	本人	平成・令和 □年 4月 1日	平成・令和 〇年 4月 1日
被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日	続 柄	資 格 取 得 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日
小山 花子	昭和・平成・令和 29年 4月 1日	妻	平成・令和 □年 4月 1日	平成・令和 〇年 4月 1日
小山 政光	昭和・平成・令和 60年 5月 1日	子	平成・令和 □年 4月 1日	平成・令和 〇年 4月 1日
	昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

上記のとおり、社会保険の資格を喪失したことを証明します。

令和 〇 年 4 月 1 日

事業所所在地

小山市中央町×-×-×

事業所名称

株式会社 △△商事

株式会社
△△商事

連絡先

0285-22-××××

【事業所ご担当者様へ】

注1) この書類は、市役所での健康保険や年金の切り替え手続きに必要となりますので、各欄もれなくご記入ください。

注2) 保険者名等は、加入していた健康保険組合(全国健康保険協会の場合は支部名を併記)をご記入ください。

注3) 資格喪失年月日が国民健康保険・国民年金の加入日になります。社会保険が使えなくなる日(通常は退職の翌日)をご記入ください。