

<記入例>

## 健康保険資格喪失証明書

被保険者	氏名	国保 一彦			
	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	東京都〇〇区××町1234			
	基礎年金番号	1234 — 567890			
	退職年月日	令和〇年 3月 31日			

### 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
国保 一彦	昭和・平成・令和 50年6月7日	本人	平成・令和 □年4月1日	平成・令和 ○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
国保 恵	昭和・平成・令和 52年3月4日	妻	平成・令和 □年4月1日	平成・令和 ○年4月1日
国保 桜	昭和・平成・令和 13年4月5日	子	平成・令和 □年4月1日	平成・令和 ○年4月1日
国保 楓	昭和・平成・令和 19年10月11日	子	平成・令和 □年10月11日	平成・令和 ○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・令和 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

宇都宮市〇〇町 1234

事業所名称

株式会社 ×× 商事

連絡先

028-622-××××

株式会社  
××商事

### 【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、事業所にて各欄もれなく記入してください。

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。