

# 健康保険資格喪失証明書

被 保 険 者	氏 名				
	住 所				
	健康保険被保険者証	記号		番号	
	保 険 者 名			保険者番号	
	保 険 者 住 所				
	基礎年金番号	—			
	退職年月日	平成・令和		年	月 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
	昭和・平成・令和 年 月 日	本人	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 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
	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
	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 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

印

連絡先

**【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。