

# 健康保険 資格喪失証明書

茨城町長 宛

被 保 険 者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所					
	記号		保険者名			
	番号		保険者番号			
	資格取得日	年 月 日				
	資格喪失日	年 月 日 (退職日 年 月 日)				
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	認定年月日	喪失年月日	
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

事業所 名称

代表者

印

電話

(注意事項)

- この証明書は、事業所が記入・証明してください。
- 資格喪失時に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄を必ずご記入ください。