

被保険者等資格喪失証明書

年 月 日

被保険者住所 江東区

被保険者氏名

健康保険被保険者証 記号 番号

資格取得年月日 年 月 日

資格喪失年月日 年 月 日

扶養削除年月日 年 月 日

(注) 資格喪失日は通常、退職・死亡日の翌日になります。
扶養削除等一部喪失の場合は、その日を記載して下さい。

年金事務所
健康保険組合
保険者の名称 共済組合 TEL ()

喪失者氏名	続柄	生年月日	理由
		年 月 日	退職・死亡・扶養削除・その他()
		年 月 日	退職・死亡・扶養削除・その他()
		年 月 日	退職・死亡・扶養削除・その他()
		年 月 日	退職・死亡・扶養削除・その他()
		年 月 日	退職・死亡・扶養削除・その他()
		年 月 日	退職・死亡・扶養削除・その他()
		年 月 日	退職・死亡・扶養削除・その他()

(注) 全員喪失の場合、本人も「喪失者氏名」欄にご記入ください。

上記のとおり資格喪失したことを証明します。

保険者または事業所

所在地

名称 印

TEL ()