

# 資格喪失証明書

保険者名称			
保険者番号			
記号			
番号			
被保険者住所			
被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
被 扶 養 者 氏 名	続 柄		
事 由			
継続給付の 有 無 及び傷病名	給付の有無	有 ・ 無 (該当を○で囲む)	
	氏 名		
	医療機関名		
	病 名		
	発病年月日		

上記のとおり当初の健康保険（共済組合）の資格を喪失したことを証明します。

令和 年 月 日

保険者名（事業所名）

⑩

※ 国民健康保険加入の際は、資格喪失より14日以内に届出する必要があります。