健 康 保 険 資 格 喪 失 証 明 書

令和　　年　　月　　日

様　　申請者　住　所

氏　名　　㊞

下記の通り証明願います。

	氏　　名	続　柄	生 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日 （ 本 人 退 職 日 ）
被保険者 又は組合員		本　人	大･昭･平･令 年　月　日	平・令　　年　　月　　日 （平･令　　年　　月　　日）
被扶養者			大･昭･平･令 年　月　日	平・令　　年　　月　　日 （扶養抹消）
			大･昭･平･令 年　月　日	平・令　　年　　月　　日 （扶養抹消）
			大･昭･平･令 年　月　日	平・令　　年　　月　　日 （扶養抹消）
			大･昭･平･令 年　月　日	平・令　　年　　月　　日 （扶養抹消）
			大･昭･平･令 年　月　日	平・令　　年　　月　　日 （扶養抹消）
			大･昭･平･令 年　月　日	平・令　　年　　月　　日 （扶養抹消）

保　険　者　番　号	被　保　険　者　番　号			
	記号		番号	
種　別	協会けんぽ ・ 組合健保 ・ 国保組合 ・ 共済組合 ・ 船員保険 ・ 日雇保険			

上記の通り証明します。

（あて先）八 尾 市 長

令和　　年　　月　　日

証 明 者　所 在 地

名　　称　　㊞

電話番号