

健康保険資格喪失証明書

令和 年 月 日
様 申請者 住 所
氏 名

印

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

印