

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)
保 険 者 番 号		被 保 険 者 証		
		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

