

健康保険等資格喪失証明書

○被保険者の資格を喪失した
下記の通り、健康保険等のことを証明します。
○被扶養者の認定を抹消した
(該当するほうに ☑ をしてください)

西予市長 殿

令和 年 月 日

事業所 所在地

名 称 ⑩

代表者

(☎ - -)

記

被 保 険 者 名	住 所			生 年 月 日	T S H R	年 月 日		
	氏 名		男・女					
資格喪失年月日		年 月 日		退 職 年 月 日		年 月 日		
被 扶 養 者	氏 名		生 年 月 日		続 柄		認 定 抹 消 日	
							年 月 日	
							年 月 日	
							年 月 日	
							年 月 日	
							年 月 日	
備 考 欄								

(資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります)