

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 印

代表者

(**印** — — —)

記

被 保 険 者 名	住 所			生年月日 男 ・ 女	T S H R	年 月 日
	氏 名					
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	
備 考 欄						

(資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります)