

健康保険等資格喪失証明書

下記の通り、健康保険等の
○被保険者の資格を喪失した
○被扶養者の認定を抹消した
ことを証明します。
(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 ⑧

代表者

(☎ - -)

記

| 被保険者名 | 住所 | 男・女 | 生年月日 | 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 |
| | | | | | 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)