

常務理事	事務局長	課長	係長	扱者

別紙のとおり証明してよろしいか伺います。

健康保険 被保険者 資格喪失証明願い
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	—	被保険者 氏名	
被扶養者	氏名	続柄	生年月日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
証明理由	ア. 国民健康保険へ加入のため		
	イ. 再就職先の保険組合に加入するため		
	ウ. 配偶者（または親、子供）の扶養に入るため エ. その他（ ）		
提出先	市役所（ ）市）・区役所（ ）区）・再就職先 扶養先の会社・その他（ ）		
被保険者資格取得年月日 （被扶養者認定年月日）	昭和・平成・令和 年 月 日		
被保険者資格喪失年月日 （被扶養者削除年月日）	令和 年 月 日		
資格喪失・削除理由	退職 ・ 死亡 ・ その他（ ）		

上記、被保険者・被扶養者が資格喪失（削除）していることを証明くださるようお願い致します。

令和 年 月 日

住所 〒 -

電話

氏名