

健康保険資格喪失証明書

保 險 者 名					
保 險 者 番 号					
保 險 証 記 号 番 号	.				
住 所					
被 保 険 者 氏 名					
生 年 月 日	年 月 日				
加 入 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日				
資 格 喪 失 日 (退 職 日 の 翌 日)	年 月 日				
被 扶 養 者	氏 名	続 柄	性 別	生 年 月 日	喪 失 年 月 日
			
			
			
			
			
<p>上記のとおり証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">事業主 会社名</p> <p style="text-align: center;">代表者</p> <p style="text-align: right;">電話 — —</p>					

★手続きは資格喪失後14日以内に

加入手続きに必要なもの（持参していただくもの）

○健康保険資格喪失証明書（加入期間証明書）

○本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証など）

○個人番号が確認できる書類（マイナンバーカードまたは通知カード）

別世帯の方が手続きされるときは、委任状が必要です。