

健康保険資格喪失証明書

保険者名	健康保険協会 ○×支部				
保険者番号	1234567				
保険証記号番号	123456	・	7890		
住所	大洲市○○△△番地××				
被保険者氏名	大洲 太朗				
生年月日	昭和 63 年 11 月 14 日				
加入期間	平成 28 年 4 月 1 日 ~ 令和 3 年 3 月 31 日				
資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 3 年 4 月 1 日				
被 扶 養 者	氏名	続柄	性別	生年月日	喪失年月日
	大洲 花子	妻	女	H 1 . 9 . 24	R 3 . 4 . 1
	大洲 次郎	子	男	H 30 . 1 . 31	R 3 . 4 . 1
	大洲 藤子	子	女	R 1 . 12 . 2	R 3 . 4 . 1
				・	・
上記のとおり証明する。					
令和 年 月 日					
所在地 大洲市○○番地△△					
事業主 会社名 株式会社 ○○					
代表者 代表取締役 長浜 一朗					
電話 0123 - 45 - 6789					

保険証下部に記載の保険者名と保険者番号を記入する。

保険証上部に記載の記号・番号を記入する。

加入していた方の住所、氏名、生年月日を記入する。

その保険の資格取得日と退職日を記入する。

資格喪失日（退職日の翌日）を記入する。

扶養の方がいた場合には、必ずこの欄も記入する。
喪失年月日は、加入していた方の資格喪失日と同じ日付を記入する。

会社の所在地、会社名、代表者の名前を記入する。

保険証例

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	令和〇年5月6日交付
記号 123456	番号 7890	
氏名	大洲 太朗	
生年月日	昭和63年11月14日	
性別	男	
資格取得年月日	平成28年4月1日	
事業所名称	株式会社 ○○	
保険者番号	1234567	
保険者名称	健康保険協会 ○×支部	
保険者所在地	〇〇市△△町2-2-1	

- ★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。