

【見本】

健康保険資格喪失証明書

被保険者 (本人)	氏名 (性別)	野木 太郎		
	住 所	栃木県下都賀郡野木町大字〇〇1-1-1		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	基礎年金番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0		
	健康保険の 記号番号	記 号	番 号	
		1 2 3 4	5 6 7 8 9 0	
	保険者の名称	名 称		
		〇〇健康保険組合		
資格取得年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
資格喪失年月日 (退職日等の翌日)	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
被扶養者 (家族)	氏 名 (性別)	続柄	生 年 月 日	
	野木 花子	妻	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	野木 向日葵	子	令和〇〇年〇〇月〇〇日	

上記の者は、健康保険の資格を喪失したことを証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

事業所所在地 栃木県下都賀郡野木町大字〇〇1-1-1
名 称 株式会社 〇〇商事
事業主名 〇〇 〇〇 印
電話番号 0280-〇〇-〇〇〇〇