

健康保険資格等喪失証明書

下記の者は、健康保険等の被保険者又は被扶養者の資格を喪失したことを証明します。

平成 年 月 日

所在地
事業所 名称
代表者名
電話番号

被保険者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
住 所			
喪失年月日	年 月 日 (退職年月日 年 月 日)		
基礎年金番号			
被保険者証の	記 号	番 号	
記号番号等	保 險 者 名	全 国 健 康 保 險 協 会 沖 繩 支 部	保 險 者 番 号
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	抹 消 年 月 日
	(男・女)	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	(男・女)	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	(男・女)	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	(男・女)	平成 年 月 日	平成 年 月 日