健康保険資格喪失証明書

　　　　　市長　宛て

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 健康保険の種類 |  | 記号・番号 |  |
| 資格取得年月日 | 年　　月　　日 | 資格喪失年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被扶養者氏名 | 続柄 | 生年月日 | 資格喪失年月日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　年　　　月　　　日

所在地

事業主

代表者

電話番号

①この証明書は，事業所または保険者（社会保険事務所・健康保険組合等）が記入・証明してください。

②この証明書は，調布市の国民健康保険へ加入する場合に必要になります。