

練馬区長殿

健康保険資格 取得喪失 証明書

保険者の名称	健康保険組合 共済組合 国民健康保険組合			
被保険者証	記号		番号	
被保険者名	取得年月日		年	月 日
	喪失年月日		年	月 日
生年月日	年	月 日	喪失理由	退職（ 年 月 日付） その他（ ）

被扶養者	続柄	氏名・生年月日	認定年月日	削除年月日	退職以外のときの喪失理由
			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	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	

上記のとおり、健康保険の資格を **取得 喪失** したことを証明します。

年 月 日

保険者または事業所の 所在地
名称
代表者
電話番号



【注意】

- 被扶養者の欄にも、漏れのないようご記入下さい。
- 資格喪失年月日＝退職または死亡日の翌日です。
- 職場の証明印（※）、健康保険組合・国保組合の保険者印、または年金事務所の確認印が必要です。
※実際の勤務場所（支社、支店、営業所など）の証明印で結構です。