

記入例

健康保険資格(喪失)証明書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

鳥取市長 様

所在地：鳥取市尚徳町〇丁目〇番地〇

事業所名：〇〇〇株式会社

代表者名：〇〇 〇〇

電話番号：(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇

印

当事業所の健康保険の被保険者及び被扶養者の資格について、下記のとおり相違ないことを証明します。

被保険者 氏名	鳥取 太郎	記号	番号	〇〇〇〇	〇〇〇〇
		保険者名		全国健康保険協会 〇〇支部 (社保・共済組合・健保組合・国保組合)	
生年月日	昭・平〇〇年〇〇月〇〇日				
現住所 鳥取市富安〇丁目〇番地〇	資格取得年月日	昭・平・令	22年	4月	1日
	資格喪失年月日	昭・平・令	元年	5月	1日
資格喪失 の理由	①. 退職 (平成31年4月30日退職) 2. 任意継続 (満了・脱退) 3. 被扶養者認定除外 4. その他 ()				

※ 被保険者の「資格喪失年月日」は、退職の翌日になります。

また現在資格がある場合は、資格喪失年月日に斜線を引いてください。

注. 被扶養者のある場合は必ず被扶養者の資格についても記入をしてください。

被扶養者氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日			資格喪失年月日				
			年	月	日	年	月	日		
鳥取 花子	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	妻	昭・平・令	22年	4月	1日	昭・平・令	元年	5月	1日
			昭・平・令	元年	5月	1日	昭・平・令	元年	5月	1日
鳥取 一郎	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	子	昭・平・令	24年	〇月	〇日	昭・平・令	元年	5月	1日
			昭・平・令	元年	5月	1日	昭・平・令	元年	5月	1日
	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日
	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日
	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日