

健康保険・共済組合 被保険者（被扶養者）資格喪失証明書

被保険者	住所	矢吹町			被保険者記号番号	
	氏名				基礎年金番号	
区分	氏名	生年月日	続柄	資格喪失年月日	資格喪失事由	
被保険者		明大 昭平 年 月 日	本人	平成 年 月 日 (退職の場合は退職日の翌日)	退職 扶養除外 任意継続 満了・脱退 その他 ()	
区分	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として認定を除外された年月日		
被扶養者		明大 昭平 年 月 日				
被扶養者		明大 昭平 年 月 日				
被扶養者		明大 昭平 年 月 日				
被扶養者		明大 昭平 年 月 日				
被扶養者		明大 昭平 年 月 日				

上記のとおり資格を喪失したことを証明します。

平成 年 月 日

事業所所在地

名 称

電話番号 () -

印