

健康保険 共済組合

喪失証明書

被保険者 (組合員)	住 所				世帯主氏名	
	氏 名	(昭和・平成 年 月 日生)			世帯主との続柄	
健保・共済組合員等の 資格喪失年月日		健保・共済 組合等	保険者番号			
※ 平成 年 月 日 令和 (注：退職日の翌日です。)			保険証記号番号			
		厚生・共済年金等の記号番号				
被扶養者	氏 名	生年月日		世帯主との 続柄	被扶養者として認定を 除外された年月日	備 考
		年 月 日生			年 月 日	
		年 月 日生			年 月 日	
		年 月 日生			年 月 日	
		年 月 日生			年 月 日	

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所等所在地
名 称
代 表 者 氏 名

印