

秘密

審査	入力	一次	二次	発送

健康保険資格喪失証明書 申請書

被保険者氏名		性別	生年月日	
		男	昭和	年 月 日
		女	平成	
			令和	
被保険者住所	〒			
	TEL - -			
被保険者 記号番号	—			
勤務して いる又は していた 事業所	名称			
	所在地			
資格取得年月日	平成 令和	年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
被扶養者氏名	続柄	性別	生年月日	
交付を申請する理由（該当する理由に○印をつけてください）				
1. 退職等により国民健康保険等に参加するため				
2. 被保険者が後期高齢者医療制度に移行したため				
3. 資格喪失後の出産育児一時金等の直接支払制度を利用するため				
4. その他（ ）				

※ 証明書の発行は、資格喪失日以降になります。またその日以降であっても、事業所より資格喪失届、被扶養者異動届、資格確認書が提出されていることが必要となりますので、予めご了承ください。

年 月 日提出

受付日付印