

## 健康保険等資格取得兼喪失証明書

① 保険者名及び保険者番号

(保険者名)

(番号)

② 保険者証  
(組合員証)

記号

番号

③ 被保険者  
(組合員)

住所

遠賀町

氏名

資格喪失者	被保険者	氏名	続柄	資格取得年月日	資格喪失の理由
				資格喪失年月日(注)	
資格喪失者	被保険者		本人	年 月 日	1 退職 ( 年 月 日) 2 死亡退職 3 扶養基準(詳しく記入) 収入超過( 円) 4 その他(理由を詳しく)
				年 月 日	
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
継続給付	有	氏名	疾病名	給付満了予定年月日	
				年 月 日	
	無			年 月 日	
				年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

保険者 名称

(又は事業所) 代表者氏名

電話番号

印

(注) 資格喪失年月日は、退職の翌日となります。この証明書は、勤務先又はその管轄の保険者で証明を受けてください。これと同じ内容が記載されていれば別書式の証明書でもかまいません。