

健康保険等資格喪失(認定抹消)証明書

下記の者は、健康保険等の

- 被保険者の資格を喪失した
(75歳到達により資格喪失) ことを証明します。
 被扶養者の認定を抹消した

(該当欄に✓をしてください)

年 月 日

(所在地)

事業所 (名称)

(代表者)

印

TEL() - 担当者

記

被保険者住所・氏名 A	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
健康保険・厚生年金 の 資格内容 B	取得日	年 月 日	保険者名(※)	
	喪失日	年 月 日	記号:番号	:
	退職日	年 月 日	基礎年金番号	-
被扶養者 C	氏名	生年月日	続柄	被扶養者としての認定を 抹消された日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、通常退職年月日の翌日となります。
- C欄の被扶養者欄は、被保険者の資格喪失の際に被扶養者がある場合や、被扶養者として認定を抹消された場合に記入してください。
なお、被扶養者の認定を抹消された場合でも、A, B欄は記入してください。

※保険者名の欄は、健康保険の名称を記入してください。 例) 全国健康保険協会島根支部