

社会保険等資格喪失証明書



* 保険の資格を喪失した人全員を記入してください。

健康保険の記号番号		記号		番号	
保険者の名称		☐ 全国健康保険協会 支部 ☐			
被保険者（本人）	住所	四国中央市			
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	資格喪失年月日	年 月 日 資格喪失 (年 月 日 退職等) ※資格喪失年月日は 退職年月日の翌日です			
被扶養者	氏 名		続 柄	生 年 月 日	
				昭和 平成 令和 年 月 日	
				昭和 平成 令和 年 月 日	
				昭和 平成 令和 年 月 日	
				昭和 平成 令和 年 月 日	
				昭和 平成 令和 年 月 日	
	被扶養者の 資格喪失年月日		年 月 日 資格喪失		
特定疾病療養 の有無	有 ・ 無	対象者氏名		開始年月日	年 月 日
上記のとおり証明します。 四国中央市長 様 事業所名 電話番号					

- ・これは事業所や保険者または年金事務所が記入するものです。
- ・被扶養者のみ資格喪失された場合は、被保険者（本人）の資格喪失年月日に斜線を引いてください。

記入例

社会保険等資格喪失証明書

喪

1	健康保険の記号番号	記号	*****	番号	*****
2	保険者の名称	☒ 全国健康保険協会 愛媛支部 ☐			
被保険者(本人)	住所	四国中央市 〇〇町〇〇〇-〇 〇〇〇マンション〇〇〇号			
	氏名	四国 国保	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和	
	資格喪失年月日	R〇〇年〇〇月〇〇日 資格喪失 (R〇〇年 〇〇月 〇〇日 退職等) ※資格喪失年月日は退職年月日の翌日です			
被扶養者	氏名	続柄	生年月日		
	四国 〇〇	妻	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和		
			昭和 平成 年 月 日 令和		
			昭和 平成 年 月 日 令和		
			昭和 平成 年 月 日 令和		
			昭和 平成 年 月 日 令和		
	被扶養者の資格喪失年月日	R〇〇年 〇〇月 〇〇日 資格喪失			
喪失事由	☒ 被保険者の退職 ☐				
4	特定疾病療養の有無	有・無	対象者氏名	開始年月日	年 月 日
5	上記のとおり証明します。 四国中央市長 様 事業所名 愛媛県四国中央市 〇〇町 〇〇-***** 株式会社 〇〇〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

* 保険の資格を喪失した人全員を記入してください。

- ① 健康保険などの記号・番号、保険者の名称を記入します。
- ② 被保険者(従業員様)の住所、氏名、生年月日、資格喪失日、退職等の日付を記入します。
※被扶養者のみ資格が喪失する場合は、「資格喪失年月日」欄に斜線を引いてください。
- ③ 被扶養者が資格を喪失される場合に記入します。
正確な「被扶養者の資格喪失年月日」の入力をお願いします。
※本人様のみ資格喪失される場合は、記入しないでください。
(例) 従業員様の配偶者様のみ資格喪失される場合「被扶養者」欄に記入し、②の被保険者(本人)欄の資格喪失日に斜線を引きます。
- ④ 特定疾病療養受給者証がある場合に記入します。
- ⑤ 事業所様の情報を記入します。(ゴム印可)

・これは事業所や保険者または年金事務所が記入するものです。
・被扶養者のみ資格喪失された場合は、被保険者(本人)の資格喪失年月日に斜線を引いてください。