

社 会 保 険 等 離 脱 証 明 書

被保険者であった者の氏名	被 扶 養 者 で あ っ た 者			
	氏 名	続 柄	生 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日
生 年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
住 所			年 月 日	年 月 日
健康保険記号番号			年 月 日	年 月 日
基礎年金番号			年 月 日	年 月 日
退職年月日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
資格喪失年月日 (退職した日の翌日)	年 月 日		※「被扶養者であった者」の事由欄は、 被扶養者が除外された場合のみ年月日を記入	
資格喪失事由 (いずれかに○をつけること)	被保険者 本人の退職	被扶養者 の除外		
			年中の収入金額(1月～12月)	円

上記のとおり、健康保険の資格を喪失したことを証明する。

年 月 日

(事業所長名)

小 野 町 長 様



継 続 給 付 の 状 況

1. 継続給付 有 ・ 無

2. 有の場合

継続療養証明記号番号

◎この欄は届出人
(世帯主)が継続
療養証明書より
記入して下さい。

継続給付受給者氏名	疾 病 名	発 病 年 月 日	療 養 予 定 期 間	医 療 機 関 名