

健康保険 被保険者 資格喪失証明書
被扶養者

保 険 者	名称(番号)	三重県農協健康保険組合	0	6	2	4	0	5	0	1		
	所在地	三重県津市羽所町525番地の1										
被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	記号						番号				
	フリガナ名											
	生年月日	昭和・平成	年		月		日生					
	現住所											
	資格取得日	昭和・平成・令和	年		月		日					
	資格喪失日	平成・令和	年		月		日					
被 扶 養 者	フリガナ名											
	生年月日	昭和・平成・令和	年		月		日生					
	続柄											
	扶養開始日	昭和・平成・令和	年		月		日					
	扶養終了日	平成・令和	年		月		日					
※ 扶養終了日は被扶養者資格が削除となった日の前日を記載しております												
本証明書発行の理由												

上記の者は、当事業所の被保険者・被扶養者であったことを証明する。

年 月 日

所在地
事業所
名称

印