

健康保険被扶養者資格喪失証明書

福島県後期高齢者医療広域連合 あて

下記の被扶養者は、健康保険の被扶養者資格を喪失していることを証明します。

平成 年 月 日

所在地

保険者

(事業主)

名称

印

電話

担当

1 被扶養者資格を喪失した者（扶養されていた方）に関する事項

健保組合等 (保険者) 名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合		<input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> （ ）支部 <input type="checkbox"/> （ ）	
保険者 番号	※8桁	被保険者証 (保険証)	記号	番号
被扶養者 の住所				
被扶養者 の氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
被扶養者資格喪失年月日 (※)	平成 年 月 日			

※ 記入頂く喪失日は、健康保険の資格を有していた最後の日の、翌日となります。
例) 5月1日に75歳の誕生日を迎えた場合、資格喪失日は「5月1日」となります。

2 被保険者（扶養していた本人）に関する事項

被保険者 (本人) の住所				
被保険者 (本人) の氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年 月 日

※ 「1 被扶養者資格を喪失した者に関する事項」と「2 被保険者（扶養していた本人）に関する事項」の両方に記入してください。

○保険者及び事業主様へ

貴団体にて「健康保険の被扶養者であったことの証明」を頂くことが、申出人様の保険料の軽減、及び後期高齢者医療制度の適正な実施に必要でありますので、ご多忙中とは存じますが、ご協力頂きますようよろしくお願いいたします。

なお、証明の様式については、当様式によらず任意の様式でも結構です。

連絡先及び提出先：各市町村後期高齢者医療担当窓口

又は福島県後期高齢者医療広域連合 (024) - 528 - 9025