後期高齢者医療被扶養者資格喪失証明書

鹿児島県後期高齢者医療広域連合用

保険者 番　号		保険 者名	
被保険者証	記号　　番号		
保険の種類 （該当するものを○で囲んでください）	１．　政府管掌健康保険　　２．　組合管掌健康保険 ３．　船員保険　　４．　国家公務員共済組合 ５．　地方公務員共済組合　　６．　私立学校教職員共済制度		

被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
被扶養者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
	被保険者との続柄	
	資格喪失した 年月日	年　　月　　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

事　業　所　名
（又は社会保険事務所）　　印