

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

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)

