

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

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)