

健康保険資格喪失証明書

下記の者は、健康保険の被扶養者の資格を喪失したことを証明します。

従業員（被保険者）			
氏名	天野典雄		
生年月日	昭和 3 7 年 1 0 月 6 日	性別	男
住所	東京都三鷹市大沢 4 - 2 3 - 1 2		
健康保険名	全国健康保険協会 東京支部		
保険記号	6 8 3 6 3 8 4 7		
保険番号	1		
被扶養家族			
氏名	天野 智仁		
生年月日	平成 8 年 7 月 2 6 日	性別	男
続柄	長男		
認定年月日	平成 2 8 年 2 月 8 日		
資格喪失日	令和 3 年 1 0 月 1 日		
資格喪失理由	収入があつて扶養から外れるため。		

	所在地
事業者	名称
	代表者