

資格喪失（離脱）証明書

退職した従業員の方が市町村国保等に参加する際、資格喪失（離脱）証明書が必要な場合があります。事業主は資格喪失届に記載されている右の事柄を記入し退職者へお渡しください。

保 険 者 名	群馬県歯科医師国民健康保険組合
保 険 者 番 号	1 0 3 0 2 8

住 所	
-----	--

1	被保険者証記号番号	群 歯 一 (枝番)		
	喪失する者の氏名	続 柄	性 別	生 年 月 日
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
2	被保険者証記号番号	群 歯 一 (枝番)		
	喪失する者の氏名	続 柄	性 別	生 年 月 日
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
3	被保険者証記号番号	群 歯 一 (枝番)		
	喪失する者の氏名	続 柄	性 別	生 年 月 日
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
4	被保険者証記号番号	群 歯 一 (枝番)		
	喪失する者の氏名	続 柄	性 別	生 年 月 日
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
5	被保険者証記号番号	群 歯 一 (枝番)		
	喪失する者の氏名	続 柄	性 別	生 年 月 日
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
6	被保険者証記号番号	群 歯 一 (枝番)		
	喪失する者の氏名	続 柄	性 別	生 年 月 日
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日

喪 失 年 月 日 (退職日の翌日を記入する)	令和 年 月 日
----------------------------	----------

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

診療所 所在地.....

名 称.....

電 話.....

事業主 氏 名.....

