

## 健康保険被扶養者資格喪失証明書

福島県後期高齢者医療広域連合 あて

下記の被扶養者は、健康保険の被扶養者資格を喪失していることを証明します。

令和 年 月 日

保険者名称を記入ください。  
※被保険者の氏名を記入する箇所  
ではありません。

所在地

保険者

(事業主)

名 称

印

電 話

担当

## 1 被扶養者資格を喪失した者（扶養されていた方）に関する事項

|                       |                      |                                                                                                                      |                                                                                                           |
|-----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健保組合等<br>(保険者)<br>名 称 | 福島広域                 | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ）<br><input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 | <input checked="" type="checkbox"/> 本部<br><input type="checkbox"/> ( ) 支部<br><input type="checkbox"/> ( ) |
| 保険者<br>番 号            | 060000000<br>※ 8桁    | 資格確認書<br>(資格情報のお知らせ)                                                                                                 | 記号 1234 番号 567                                                                                            |
| 被扶養者<br>の住所           | 福島県福島市中町8番2号         |                                                                                                                      |                                                                                                           |
| 被扶養者<br>の氏名           | フリガナ コウキ ヒロシ<br>後期 広 | 性別 男・女                                                                                                               | 生年月日 大正 24年 5月 1日<br>昭和                                                                                   |
| 被扶養者資格喪失年月日（※）        |                      | 令和 6 年 5 月 1 日                                                                                                       |                                                                                                           |

※ 記入頂く喪失日は、健康保険の資格を有していた最後の日の、翌日となります。  
例) 5月1日に75歳の誕生日を迎えた場合、資格喪失日は「5月1日」となります。

## 2 被保険者（扶養していた本人）に関する事項

|                     |                     |        |                         |
|---------------------|---------------------|--------|-------------------------|
| 被保険者<br>(本人)<br>の住所 | 福島県福島市中町8番2号        |        |                         |
| 被保険者<br>(本人)<br>の氏名 | フリガナ コウキ レン<br>後期 連 | 性別 男・女 | 生年月日 昭和 50年 6月 5日<br>平成 |

※ 「1 被扶養者資格を喪失した者に関する事項」と「2 被保険者（扶養していた本人）に関する事項」の両方に記入してください。

○保険者及び事業主様へ

健康保険  
資格確認書

家族（被扶養者）

平成20年4月1日交付

記号 1234 番号 567

氏名

後期 広

性別 男

生年月日

昭和24年5月1日

資格取得年月日

平成20年4月1日

被保険者氏名

後期 連

事業所所在地

福島市〇〇町〇番地

事業所名

株式会社 〇〇工業

保険者番号

060000000

保険者名称

福島広域健康保険組合 本部