

健康保険等資格取得兼喪失証明書

| | | | | |
|----------------------|----|--|-------|--|
| 保険者名 | | | 保険者番号 | |
| 健康保険の記号番号 | 記号 | | 番号 | |
| 被保険者 (会社等に勤務する本人) | 住所 | | | |
| | 氏名 | | | |

※資格喪失年月日は退職日の翌日となります。

| 資格取得者または資格喪失者 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 資格取得年月日 |
|---------------|---|-------|----|---------|
| | | | | 資格喪失年月日 |
| 本人 | | 年 月 日 | 本人 | 年 月 日 |
| | | | | 年 月 日 |
| 被扶養者 | | 年 月 日 | | 年 月 日 |
| | | | | 年 月 日 |
| | | | | 年 月 日 |
| | | | | 年 月 日 |
| | | | | 年 月 日 |
| | | | | 年 月 日 |
| 資格喪失理由 | 1. 退職 (年 月 日) 2. 被保険者死亡 (年 月 日) 3. 扶養非該当 (理由) 4. その他 (理由) 5. 任意継続被保険者資格喪失 6. 被保険者が後期高齢者医療制度へ加入 | | | |

※資格喪失年月日は退職日の翌日となります。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

中間市長様

保険者 所在地
(または事業所) 名称
代表者氏名
電話番号

印

- ◎ 必ず証明をする事業所(保険者、勤務先)等で記入してください。
- ◎ 社会保険等の資格喪失後14日以内に、国民健康保険の加入手続きをしてください。手続きが遅れた場合、保険給付は原則、届出日からとなります。
- ◎ この証明書と一緒に持参していただくもの
 - ・ 子ども医療証、障害者医療証、ひとり親家庭等医療証、特定疾病受療証(受給している方)
 - ・ 離職票