健康保険等資格取得兼喪失証明書

保険者名			保険者番号	
健康保険証の記号番号	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。

		氏　名	生　年　月　日	続　柄	資格取得年月日 資格喪失年月日
資格取得者または資格喪失者	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		年　月　日 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（または事業所）

所在地

名称　㊞

代表者氏名

電話番号

◎ 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
- 印鑑