

健康保険資格 取得 喪失 証明書

下記のとおり、健康保険の資格を取得・喪失したことを証明します。

令和 年 月 日

事業所 所在地

名称

代表者

印

TEL

担当者

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|------------------|----|-------------|-------------|----------------|---------------------------------------|----------------|---|---|---|----------|---|
| 被 保 険 者 | 氏名 | | 男女 | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| | 資格取得年月日 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 健康保険証 記号・番号 | | | | | | | |
| | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 平 成 令 和 | 年 | 月 | 日 | 保険者名 | 全国健康保険協会 () 支部 健康保険組合 国民健康保険組合 | | | | | | |
| | 退職年月日 | 平 成 令 和 | 年 | 月 | 日 | 保険者番号 | | | | | | | |
| 被 扶 養 者 | 氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 認定・喪失年月日 | | | 喪失理由 (退職以外) | | | | | |
| | | 男女 | | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 認定 喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | 男女 | | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 認定 喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | 男女 | | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 認定 喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | 男女 | | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 認定 喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | 男女 | | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 認定 喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | 男女 | | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 認定 喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他 |

記入上の注意

- ・資格喪失年月日は退職日の翌日です。(任意継続の方は、資格を喪失した日からとなります。)
- ・資格喪失時に被扶養者がいる場合は、必ず記入してください。
- ・被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄を必ず記入してください。

手続きについて

資格喪失後、国民健康保険に加入される場合は、届け出が必要です。

手続きには必ず資格喪失証明書を提出してください。(必要事項が記載されていれば、様式は問いません。)

その他、手続きに必要なものについては、お住まいの市町村役場にお問い合わせください。