

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	被保険者等 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

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。