

# 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。

令和元年 5月 12日

事業所 所在地 倉敷市水島北幸町1番1号

会社の健康保険事務担当者の方に、証明していただくようお願いして下さい。

名称 国保株式会社

代表者 国保 二郎

TEL 086-446-1123

担当者 国保

社

被 保 険 者	氏名	倉敷 太郎		男 女	生年月日	昭 平 令	2年 4月 12日		
	住所	倉敷市西中新田640							
	資格取得年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者等 記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 - 1				
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平 成 令	元 年 5月 1日	保険者名	全国健康保険協会(岡山)支部 健康保険組合 岡山健康保険組合				
退職年月日	平 成 令	31年 4月 30日	保険者番号	太枠部分の記入は必ずお願いします。					
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)			
	倉敷 花子	男 女	妻	昭 平 令	2年 2月 1日	平 成 令	元 年 5月 1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	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	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	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	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。
- ・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。