

健康保険等資格取得（喪失）証明書

下記のとおり、健康保険等の資格を【 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

電 話担当者

被 保 険 者	フリガナ				男 女	生年 月日	昭 平 令	年 月 日
	氏 名							
	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	保険者番号				
退職年月日	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 共済組合 国民健康保険組合				
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	☐ 就職・収入増 ☐ その他		
		男 女		昭 平 令 年 月 日	平成 令和 年 月 日 認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他		
		男 女		昭 平 令 年 月 日	平成 令和 年 月 日 認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他		
		男 女		昭 平 令 年 月 日	平成 令和 年 月 日 認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他		
		男 女		昭 平 令 年 月 日	平成 令和 年 月 日 認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他		
		男 女		昭 平 令 年 月 日	平成 令和 年 月 日 認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ 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。
- ・ 健康保険証の保険者番号、記号番号も必ずご記入ください。

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。