

健康保険等資格取得・喪失証明書

下記の者は、健康保険等の 被保険者 取得 の資格を 喪失 したことを証明します。
 被扶養者

年 月 日

所在地

事業所(または保険者)名 称

代表者名 (印)

TEL (- - 担当者)

記

健康保険の種類 記号・番号	保険者名			保険者番号		
	記号・番号					
基礎年金番号						
被 保 険 者	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日		
	資格取得年月日	年	月	日		
	退職日	年	月	日		
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年	月	日		
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続柄	認定(加入)年月日	退職以外のときの	
		年 月 日		抹消(削除)年月日	喪失理由	
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		

【記載上の注意事項】

- この証明書は、国民健康保険の資格を取得(喪失)するための必要書類ですので、必ず事業所または、保険者が各欄もれなく記載、押印のうえ、本人にお渡しください。
- 該当する口に、レ点を記載してください。
- 保険者番号は、被保険者証下部に記載してある番号(4桁~8桁)です。
- 被保険者本人が資格喪失する際、被扶養者がある場合には被扶養者について必ず記載してください。
- 被扶養者の喪失理由が被保険者の退職以外のときは、喪失理由も必ず記入してください。なお理由が次の場合は、番号①、②)のみの記入で差し支えありません。
 - 収入が被扶養者認定基準を上回ったため
 - 被保険者本人が、後期高齢者医療保険の被保険者となったため