

健康保険（被保険者・被扶養者）資格（取得・喪失）証明書

※必ず証明をする事業所（保険者・勤務先）等で記入をしてください。

※証明書に記入漏れがある場合は、受付できない場合もございますのでご注意ください。

健康保険証の記号番号		記号	番号		
保険者名	全国健康保険協会 支部 健康保険組合 共済組合・国保組合		保険者番号		
被保険者 (会社等に勤務する人)		住所			
		氏名			
資格 取得 ・ 喪失 者 (健康保険を取得・喪失して国保に加入・脱退する人)	②資格を取得又は喪失した被保険者（組合員）	続柄	生年月日	資格取得・喪失年月日	
				取得年月日	喪失年月日 ※退職の場合は退職日の翌日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
資格喪失の理由	1 被保険者が退職したため（退職日：令和・平成 年 月 日） 2 被扶養者に収入があるため 3 被保険者と生計維持関係がないため 4 被保険者が後期高齢者医療制度に該当したため 5 その他（理由：)				
備考					

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

証明者名称

(事業所名)

電話番号

印

〈事業所へのお願い〉 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となりますので、各欄もれなく記載のうえ本人にお渡しください。

記入例

健康保険 (被保険者・被扶養者) 資格 (取得・喪失) 証明書

※必ず証明をする事業所 (保険者・勤務先) 等で記入をしてください。

※証明書に記入漏れがある場合は、受付できない場合もございますのでご注意ください。

健康保険証の記号番号		記号	〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇
保険者名	全国健康保険協会 〇〇〇〇	支部 健康保険組合 共済組合・国保組合		保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者 (会社等に勤務する人)		住所	佐賀市〇〇町〇〇一丁目〇番〇号		
		氏名	佐賀 太郎		
資格取得・喪失者 (健康保険を取得・喪失して国保に加入・脱退する人)	②資格を取得又は喪失した被保険者 (組合員)	続柄	生年月日	資格取得・喪失年月日	
				取得年月日	喪失年月日 ※退職の場合は退職日の翌日
	佐賀 太郎	本人	昭和 56 年 1 月 1 日	H10 年 4 月 1 日	H31 年 1 月 1 日
	佐賀 花子	妻	昭和 56 年 2 月 1 日	H10 年 4 月 1 日	H31 年 1 月 1 日
	佐賀 一郎	子	平成 5 年 1 月 1 日	H10 年 4 月 1 日	H31 年 1 月 1 日
	佐賀 二郎	子	平成 6 年 1 月 1 日	H10 年 4 月 1 日	H31 年 1 月 1 日
				年 月 日	年 月 日
資格喪失の理由	1 被保険者が退職したため (退職日: 令和 平成 30 年 12 月 31 日)				
	2 被扶養者に収入があるため				
	3 被保険者と生計維持関係がないため				
	4 被保険者が後期高齢者医療制度に該当したため				
	5 その他 (理由:)				
備考					

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

所在地 〇〇市〇〇丁目〇番〇号
 証明者名称 株式会社 〇〇〇〇
 (事業所名)



電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇