

# 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。