健康保険被保険者

資格取得・喪失証明書

健康保険の資格について、次のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所又は保険者

所在地

名称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

℡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | |  | | | | | | | |
| 被保険者名前 | |  | | | | | | 生年月日　 ・　 ・ | |
| 資格取得日 | | 年　　　 　月　　　 　日 | | | | | | | |
| 資格喪失日 | | 年　　　 　月　　　 　日（※原則として退職日の翌日） | | | | | | | |
| 退職日 | | 年　　　　 月　　　 　日 | | | | | | | |
| 事 　業 　所 　名 | |  | | | | | | | |
| 保　険　者　番　号 | |  | | | | | | | |
| 被保険者証記号番号 | | 記号 |  | | | 番号 |  | | |
| 被扶養者名前 | | 生　年　月　日 | | 続柄 | 認定日  （被扶養者になった日） | | | | 喪　　失　　日  （被扶養者でなくなった日） |
|  | | ・　　・ | |  | 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 |
|  | | | | | | | | | |

健康保険等の資格を喪失された人へ

※健康保険等の資格を喪失されますと、国民健康保険へ加入する届出が必要になります。

※届出に必要なもの・・・①本証明書②届出人の本人確認ができるもの

③世帯主と届出に該当する人のマイナンバーが確認できるもの

※退職前の健康保険を任意継続される場合は、国保へ加入する必要はありません。なお、任意継続

　制度については、退職前の勤務先又は、加入していた健康保険の保険者等にお尋ねください。