

安来市長様

資格喪失証明書

被保険者の氏名等を記入する。

保険者名	全国健康保険協会〇〇支部	保険等記号番号	123456-12		
被保険者	住所	安来市〇〇町9999番地99			
	氏名	安来 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
	生年月日	元号 45年 10月 1日	基礎年金番号 1234-567890		
被扶養者名	氏名	性別	生年月日	続柄	
	1	安来 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	元号 49・4・20	妻
	2		男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	元号 . .	
	3		男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	元号 . .	
	4		男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	元号 . .	
	5		男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	元号 . .	
資格取得年月日		元号 25年 3月 31日			
退職年月日		元号 28年 3月 31日			
資格喪失年月日		元号 28年 4月 1日			

健康保険等の被扶養者がいる場合、氏名等を記入する。

退職日の翌日を記入する。
扶養除外の場合は除外日を記入する。

上記のとおり、退職により、健康保険等の資格を喪失したことを証明します。
扶養除外
その他
()

※該当する喪失理由のいずれかに丸印

元号 28年 4月 1日

事業所名 所在地 安来市〇〇町8888番地88

社名 (株)〇〇〇〇
代表取締役 広瀬 一郎

電話番号 (1234) 56 - 7890

事業所の所在地・社名・
電話番号を記入の上、
押印する。

印

(他の健康保険に加入されない方は、国保及び国民年金への加入が義務となります。この証明書と印鑑、世帯主と全ての国保加入予定者のマイナンバー、市役所来庁者の本人確認書類、年金手帳(60歳未満の方のみ)をお持ちのうえ、14日以内にお住いの市町村に届け出てください)

* 記入にあたっての注意事項 *

- ・退職による資格喪失の場合、資格喪失日は退職日の翌日となります。
- ・扶養除外による資格喪失の場合、資格喪失日は除外された当日となります。