

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。