

安来市長様

資格喪失証明書

保険者名		保険等記号番号		
被保険者	住所			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	基礎年金番号	-		
被扶養者	氏名		生年月日	続柄
	1		昭平令 年 月 日	
	2		昭平令 年 月 日	
	3		昭平令 年 月 日	
	4		昭平令 年 月 日	
	5		昭平令 年 月 日	
	6		昭平令 年 月 日	
	7		昭平令 年 月 日	
資格取得年月日		年 月 日		
退職年月日		年 月 日		
資格喪失年月日		年 月 日		

以上のとおり、

〔	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

年 月 日

事業所 所在地

名称

電話番号 () -

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づけられています。この証明書と世帯主と全ての国保加入予定者のマイナンバーが分かるもの、窓口来庁者の本人確認書類、基礎年金番号が分かるもの(60歳未満の方のみ)をお持ちの上、14日以内にお住ま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です。
- ・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です。