

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	性別	男・女	
	生年月日	年月日	基礎年金番号	
被扶養者名	氏名	性別	生年月日	続柄
	1	男・女	. .	
	2	男・女	. .	
	3	男・女	. .	
	4	男・女	. .	
	5	男・女	. .	
	6	男・女	. .	
7	男・女	. .		
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		

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

※該当する喪失理由のいずれかに丸印

年月日

事業所名 所在地

社名

印

電話番号 ( ) -

(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。