

健康保険資格（取得・認定・喪失・抹消）証明書

健康保険	記号		番号	
保険者名称				保険者番号
被 保 険 者	住 所			
	氏 名	続柄	生 年 月 日	資格取得年月日
				資格喪失年月日 (退職年月日※)
	本人	年 月 日	年 月 日	(年 月 日退職)
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	資格取得・認定年月日
				資格喪失・抹消年月日
			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	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
上記のとおりであることを証明します。				年 月 日
事業所または保険者 所在地		名称(代表者氏名) 社印(代表者印)		印
電 話 番 号		担当者名:		

<事業所又は保険者の皆様へ>

- ※退職による資格喪失の場合のみ、退職年月日もご記入ください。なお退職による資格喪失年月日は、退職日の翌日となります。
- ・資格を取得・認定・喪失・抹消した全員の項目を記入してください。
 - ・証明書はこの様式によらずとも差し支えありません。

<国民健康保険へ加入予定の皆様へ>

国民健康保険加入の届け出は、資格喪失年月日から14日以内に行ってください。加入の届け出には、喪失・抹消証明書が必要となります。事業所又は健康保険の保険者(協会けんぽ、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合)の証明を受けてください。