

## 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
		本人	年 月 日	資格喪失年月日
				年 月 日
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	資格取得・認定年月日
			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
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>事業所または保険者 所在地</p> <p>名称(代表者氏名) 社印(代表者印)</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: right;">担当者名:</p>				

**<事業所又は保険者の皆様へ>**

- ・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。
- ・退職による脱退の場合、資格喪失年月日は、退職日の翌日となります。
- ・証明書はこの様式によらなくて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。