

※この証明書は、被保険者ご本人ではなく、保険証のご担当者様にご記入ください※

## 健康保険等資格喪失証明書

保険者番号(8桁)		被保険者証	記号		
保険者名		(組合員証)	番号		
被保険者本人 住所・氏名	住所				
	氏名				
資格喪失者欄 (喪失者全員を記入)	氏名	続柄	生年月日	資格取得年月日 ※資格喪失年月日	資格喪失の理由
				年 月 日	1. 退職 ( 年 月 日) 2. 被保険者死亡 3. 扶養基準非該当 4. その他 理由: )
				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		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者 所在地  
(又は事業所) 名称  
代表者  
電話

印

### 【注意事項】

裏面に記入例がありますので、そちらもあわせてご参照ください。

- ※資格喪失年月日は退職日の翌日(国保組合の場合は当日)となります。
- 国保加入は、職場の健康保険等の資格喪失後14日以内にお申し込みください。  
お申し込みが遅れると、保険税は以前の社会保険の喪失時点から発生してしまうのに、その間の医療費については、全額自己負担になってしまいます。
- 国保加入の際は、この証明書・世帯主の印鑑が必要です。  
また、乳幼児子ども・障害者・ひとり親医療証をお持ちの場合は、それらもお持ちください。
- 内容に不備がある場合は、手続きができないことがあります。ご注意ください。
- 上記内容と同様であれば、保険者または事業所の独自様式でも結構です。