

健康保険被保険者(被扶養者)資格喪失証明書

| | | | | | | |
|--|------|---|----|---------|---|-------|
| 被保険者 | | 氏名 | | | | |
| | | 住所 | | | | |
| 保険者番号 | | | | 保険者名 | | |
| 被保険者証記号 | | | | 被保険者証番号 | | |
| 基礎年金番号 | | | | | | |
| 区分 | | 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | |
| 資格喪失者 | 被保険者 | | | 男・女 | 昭・平 令 | 年 月 日 |
| | 被扶養者 | | | 男・女 | 昭・平 令 | 年 月 日 |
| | | | | 男・女 | 昭・平 令 | 年 月 日 |
| | | | | 男・女 | 昭・平 令 | 年 月 日 |
| | | | | 男・女 | 昭・平 令 | 年 月 日 |
| 資格喪失年月日 | | 令和 年 月 日 <small>(退職による場合、退職日の翌日)</small> | | 資格喪失の理由 | (1)退職 | |
| 退職年月日 | | 令和 年 月 日 | | | (2)扶養除外 (3)任意継続(満了・脱退) (4)その他 [] | |
| 上記のとおり資格を喪失したことを証明する。 令和 年 月 日 事業所の所在地及び名称 | | | | | | |

【事業主様へのお願い】

- 1 この証明書は国民健康保険・国民年金の加入手続きに必要ですので、ご記入の上、本人にお渡しください。
- 2 資格喪失の事由欄は、該当する項目を○で囲んでください。なお、(4)その他の場合は、事由を()に記入してください。

◎国民健康保険・国民年金加入手続きに必要なもの

- 1 健康保険資格喪失証明書
- 2 該当者と世帯主の個人番号が確認できる書類
※マイナンバーカード、個人番号が記載された住民票の写し等
- 3 窓口に来る人の本人確認ができる書類
※マイナンバーカード、運転免許証等の顔写真がありのもの1枚
又は、官公署等発行の顔写真のないもの2枚
- 4 こども医療に該当する方は「こども医療費受給資格者証」
- 5 年金手帳
(国民年金保険料免除を希望の方は、雇用保険被保険者離職票か雇用保険受給資格者証等)
- 6 委任状(別世帯の方が代理で手続きする場合)

*この手続は、資格喪失後14日以内に行うことになっております。ただし、退職後直ちに他の事業所に勤務して健康保険に再加入する場合は、この手続は必要ありません。

お問合せ先
〒962-8601
須賀川市八幡町135番地
須賀川市保険年金課 国保税係
TEL0248-88-9136

