

{記入例}

健康保険資格(取得喪失)証明書
厚生年金

保険者名	全国健康保険協会 大阪支部		保険者番号	01270016		
被保険者証記号	99999999		番号	99		
基礎年金番号 (被保険者本人)	9999-999999		基礎年金番号 (配偶者)	9999-999999		
被保険者又は組合員の住所	柏原市 安堂町 1番 55号					
	氏名及び 生年月日	性別	続柄	資格取得日・扶養認定日 資格喪失日・扶養認定解除日	喪失・解除理由	
	被保険者又は 組合員	柏原 太郎 昭・平・令 年 月 日	男 女	本人	平成 25年 4月 1日 令和 元年 6月 1日 (退職日:令和 元年 5月 31日)	<input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> その他 ()
	被保険者又は 組合員	柏原 花子 昭・平・令 年 月 日	男 女	妻	平成 25年 4月 1日 令和 元年 6月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	上記の被扶 養者又は組 合員の家族	昭・平 年 月 日	男 女		平成 年 月 日 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
		昭・平 年 月 日	男 女		平成 年 月 日 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他 ()
		昭・平 年 月 日	男 女		平成 年 月 日 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()

資格喪失日は離職(退職)日の翌日になりますのでご注意ください。

上記相違ないことを証明します。

令和 元年 6月 5日

柏原市長様

保険者 所在地

または 名称

事業主 代表者

電話番号 (- -)

※の枠内まで記入ください。被扶養者がいる場合には被扶養者の欄にも記入ください。

- この証明書は、保険者又は事業主が証明してください。
- 被保険者本人の資格喪失日は、会社等の退職日の翌日です(任意継続被保険者を除く)。
- 被保険者及び健康保険の資格を取得または喪失する被扶養者全員の項目を全て記入してください。また、被扶養者の扶養認定・解除日が被保険者の資格取得・喪失日と同じ場合も、被扶養者の認定・解除日は必ず記入してください。
- 被保険者本人及び配偶者については、基礎年金番号を記入してください。

国民健康保険への届出は資格取得・喪失日から14日以内に必ず行ってください。