

## 健康保険資格 取得・喪失 証明書

保険者の名称又は保険者の番号				
被保険者（組合員）証の記号・番号		記号		番号
被保険者住所				
被 保 険 者	氏 名	続柄  本人	生 年 月 日	資 格 取 得 年 月 日
				資 格 喪 失 年 月 日
被 扶 養 者			昭和・平成・令和	. .
			. .	. .
			昭和・平成・令和	. .
			. .	. .
			昭和・平成・令和	. .
			. .	. .
			昭和・平成・令和	. .
			. .	. .
			昭和・平成・令和	. .
			. .	. .
			昭和・平成・令和	. .
			. .	. .

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

保 険 者 住所  
(又は事業主) 名称  
電話

印

～届け出をされる方へお願いします～

1. 各種健康保険等の資格を取得・喪失してから14日以内に国民健康保険の手続きを行ってください。
2. 任意継続をする場合は、退職後20日以内に、これまで加入していた健康保険（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合）に申請してください。

～保険者（または事業主）へお願いします～

1. この証明書への記入は保険者または事業主が行ってください。
2. 取得・喪失のいずれかを○で囲んでください。
3. 資格喪失年月日は退職日の翌日となります。