

取得 証明書 喪失

社会保険等の資格

就職者 退職者 (被保険者)	氏名					
	住所					
	記号番号			性別 生年月日	昭和・平成・ 年 月 日	
健康保険(共済組合)等の 資格取得又は喪失年月日		取得	平成・令和 年 月 日	保 険 者	番 号	
		喪失	平成・令和 年 月 日		住 所	
		退職	平成・令和 年 月 日		名 称	
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日		続 柄	被扶養者として認定又 は認定を除外された日	退職以外のときの 喪失理由
		昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
		昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
		昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
		昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
		昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
<p>上記のとおり被保険者及び被扶養者の資格が</p> <p>① 取得 ② 喪失 したことを証明する。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 中津川市長 様 事業所主住所 会社名 代表者名 電 話 ⑩ </p>						

記載上の注意

- 1 資格喪失の場合、当該事業所を退職（任意継続を含む）した場合、その退職した翌日の月日を記入して下さい。
- 2 被扶養者がいる場合は、被扶養者の資格取得・喪失認定年月日を必ず記入して下さい。

※お届けはお早めに！（14日以内にお届けください）

資格喪失後、14日以内に国民健康保険資格取得の届け出をしないと、その間にかかった医療費が全額自己負担となる場合があります。