

健康保険等資格喪失証明書

保険証記号番号				保険者名・番号				
被保険者住所				基礎年金番号				
氏名		生年月日		続柄	資格取得年月日		資格喪失年月日	
被保険者		昭・平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日	令和 (退職日 令和	年 月 日)
被 扶 養 者		昭・平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日	令和	年 月 日
		昭・平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日	令和	年 月 日
		昭・平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日	令和	年 月 日
		昭・平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日	令和	年 月 日
		昭・平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日	令和	年 月 日

上記の者は健康保険の資格を喪失したことを証明する。

令和 年 月 日

事業所(健保組合等)名

(電話番号)

(注) この証明書は、阿南市の国民健康保険に加入するための届出に必要なものです。資格を喪失した被保険者及び被扶養者全員の項目を必ず記入してください。また被扶養者のみ喪失の場合でも、被保険者欄(資格喪失年月日を除く)は記入してください。

被保険者本人の資格喪失日は、退職した日の翌日です。(任意継続被保険者を除く。)

資格喪失日から、必ず14日以内に市役所へ届出ください。