

健康保険等資格取得・喪失証明書

下記の者は、健康保険等の 被保険者 の資格を 取得 喪失 したことを証明します。
 被扶養者

年 月 日

所在地 _____

事業所(または保険者)

名称 _____

代表者名 _____

TEL _____

記

健康保険の種類 記号・番号	保険者名		保険者番号		
	記号・番号	.			
基礎年金番号					
被 保 険 者	氏名				
	生年月日	年	月	日	
	住所				
	資格取得年月日	年	月	日	
	退職日	年	月	日	
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年	月	日	
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	認定(加入)年月日 喪失(削除)年月日	退職以外の 喪失理由
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	

【記載上の注意事項】

- 1 この証明書は、国民健康保険の資格を取得(喪失)するための必要書類ですので、必ず事業所または、保険者が各欄もれなく記載、押印のうえ、本人にお渡しください。
- 2 該当する口にレ点を記載してください。
- 3 保険者番号は、被保険者証下部に記載してある番号(4桁~8桁)です。
- 4 被保険者本人が資格喪失する際、被扶養者がある場合には被扶養者欄を必ず記入してください。
- 5 被扶養者の喪失理由が被保険者の退職以外のときは、喪失理由も必ず記入してください。

健康保険等資格取得・喪失証明書

見本

該当する箇所にチェック

下記の者は、健康保険等の
 被保険者の資格を
 被扶養者の資格を
 取得
 喪失

したことを証明します。

令和5年 7月 1日

■ 証明書作成の日を記入

宮古島市平良字西里1140番地

事業所(または保険者)

名称

株式会社 宮古島

株式会社

代表者名

宮古 太郎

宮古島

代表取締役

TEL

(0980-72-△△▲▲)

担当者印 平良

【保険者名称】

全国健康保険協会、〇〇健康保険組合、
〇〇共済組合 等
※被保険者氏名ではありません

記

健康保険の種類 記号・番号	保険者名	全国健康保険協会 沖縄支部	保険者番号	1470012	
	記号・番号	21700023・1			
基礎年金番号	8260-△△△▲▲▲(マイナンバーは記入しないでください)				
被保険者	氏名	宮古 一郎			
	生年月日	平成 4年 4月 1日			
	住所	宮古島市〇〇字〇〇〇123番地 ××アパート101			
	資格取得年月日	平成30年 4月 1日			
	退職日	令和 5年 6月 30日			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 5年 7月 1日			
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	認定(加入)年月日 喪失(削除)年月日	退職以外のときの 喪失理由
	宮古 花子	昭和63年8月1日	妻	平成30年4月1日 令和5年7月1日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> その他()
	宮古 次郎	令和3年2月10日	子	令和3年2月10日 令和5年7月1日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> その他()
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> その他()
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> その他()
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> その他()
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> その他()

資格喪失年月日
退職日の翌日
※国保組合の場合は
退職日当日

【記載上の注意事項】

- この証明書は、国民健康保険の資格を取得(喪失)するための必要書類ですので、必ず事業所または、保険者が各欄もれなく記載、押印のうえ、本人にお渡しください。
- 該当する口にレ点を記載してください。
- 保険者番号は、被保険者証下部に記載してある番号(4桁~8桁)です。
- 被保険者本人が資格喪失する際、被扶養者がある場合には被扶養者欄を必ず記入してください。
- 被扶養者の喪失理由が被保険者の退職以外のときは、喪失理由も必ず記入してください。

健康保険 本人(被保険者) 00000
被保険者証 令和0年0月0日交付
記号 00000000 番号 00
氏名 協会 太郎
生年月日 平成0年0月00日
性別 男
資格取得年月日 令和0年0月00日
事業所名称 〇〇株式会社
保険者番号 0:0:0:0:0:0:0
保険者名称 全国健康保険組合 〇〇支部
保険者所在地 〇〇区〇〇番地

見本



印

保険者名称、記号・番号は被保険者証にも印字されております。
ご参照の上、ご記入をお願いいたします。

【左図の例】

保険者名称：全国健康保険協会〇〇支部
記号：00000000 番号00