健康保険
共済組合

被保険者（被扶養者）資格喪失証明書

被保険者	氏　名		被保険者証記号番号	
	住　所			

区　分		氏　名	続　柄	性　別	生　年　月　日
資格喪失者	被保険者		本　人	男・女	昭・平　年　月　日
	被扶養者			男・女	昭・平　年　月　日
				男・女	昭・平　年　月　日
				男・女	昭・平　年　月　日
				男・女	昭・平　年　月　日
				男・女	昭・平　年　月　日

資格喪失年月日	平成　年　月　日 （退職による場合、退職日の翌日）	資格喪失の事由	(1) 退　職　(4) その他 (2) 扶養除外　事由 (3) 任意継続（満了・脱退）
退職年月日	平成　年　月　日		

上記のとおり資格喪失したことを証明する。

平成　年　月　日

事業所の所在地及び名称

㊞

※事業主へのお願い

1　この証明書は、三春町国民健康保険の加入手続に必要ですので、記入のうえ、本人にお渡しください。

2　資格喪失の事由欄は、該当する項目を○で囲んでください。なお、（4）その他の場合は、事由を（　）に記入してください。

◎国民健康保険の加入手続に必要なもの

1　健康保険資格喪失証明書

2　印かん

※この手続は、資格喪失後14日以内に行うことになっております。ただし、退職後直ちに他の事業所に勤務して健康保険（共済組合）に再加入する場合は、この手続の必要はありません。