

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	年 月 日
	被扶養者		男・女	年 月 日
			男・女	年 月 日
			男・女	年 月 日
			男・女	年 月 日
			男・女	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日 (退職による場合、退職日の翌日)	資格喪失の 理由	(1)退職 (4)その他	事由
退職年月日	年 月 日		(3)任意継続 (満了・脱退)	
<p>上記のとおり資格喪失したことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所の所在地及び名称</p>				

※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 本人確認書類（免許証・マイナンバーカードなど）

※世帯が

※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。