

健康保険資格喪失証明書

事業所用

※喪失日(過ぎている場合は本日)から14日以内に必ず届出して下さい。14日間を過ぎる場合は事前に和泉市役所保険年金室国民健康保険担当までご連絡下さい。また、この証明は必ず事業所の方が記入・押印して下さい。

【問】和泉市役所保険年金室国民健康保険担当資格給付グループ

0725-99-8128(直通) または 0725-41-1551(代表)

1. 健康保険

保 険 者 名		全国健康保険協会		支 部	
(保険者番号)		健康保険(共済)組合			
資格喪失理由		退職 ・ 扶養喪失 ・ その他 ()			
被 保 険 者	記 号・番 号				
	資格取得年月日	年	月	日	
	資格喪失年月日	年	月	日	
	(退職年月日)	※退職の場合、喪失日は退職年月日の翌日になります。			
	住 所	(年 月 日)			
	氏 名	年 月 日			
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	認 定 日	扶養喪失年月日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日

2. 被用者年金

(厚生年金・国家公務員・地方公務員・船員保険等)

基礎年金番号	
資格喪失年月日	年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

和 泉 市 長 あて

事業所名