

健康保險資格〔取 得 喪 失〕證明書

保 険 者 名				保険者番号	
被 保 険 者 記 号				番 号	
基 礎 年 金 番 号 (被保険者本人)		—		基 礎 年 金 番 号 (配偶者)	
被保険者又は組合員の住所					
	氏 名 及 び 生 年 月 日	性 別	続 柄	資 格 取 得 日 ・ 扶 養 認 定 日	喪失・解除理由
				資 格 喪 失 日 ・ 扶 養 認 定 解 除 日	
被保険者又は組合員		男・女	本人	年 月 日	<input type="checkbox"/> 退 職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> その他 ()
	年 月 日 (退職日: 年 月 日)				
上記の被扶養者又は組合員の家族		男・女		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	年 月 日			年 月 日	
		男・女		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	年 月 日			年 月 日	
		男・女		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	年 月 日			年 月 日	
	男・女		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()	
年 月 日			年 月 日		
上記相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
柏 原 市 長 様					
保険者		所在地			
または		名 称			
事業主		代表者			
電話番号 (— —)					

- この証明書は、保険者又は事業主が証明してください。
- 被保険者本人の資格喪失日は、会社等の退職日の翌日です（任意継続被保険者を除く）。
- 被保険者及び健康保険の資格を取得または喪失する被扶養者全員の項目を全て記入してください。また、被扶養者の扶養認定・解除日が被保険者の資格取得・喪失日と同じ場合も、被扶養者の認定・解除日は必ず記入してください。
- 被保険者本人及び配偶者については、基礎年金番号を記入してください。

国民健康保険への届出は資格取得・喪失日から14日以内に必ず行ってください。