

健康保険資格(取得・喪失)証明書

被保険者	(カナ)	生年月日		性別	健康保険被保険者証の記号・番号		
	氏名	年 月 日		男 女	記号	番号	
	住所				資格取得又は喪失の日		喪失理由
					取得 年 月 日	の	<input type="checkbox"/> 退職(喪失日は翌日)
					喪失 年 月 日	理由	<input type="checkbox"/> 任意継続期間満了
							<input type="checkbox"/> その他()
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	扶養認定又は喪失の日		被保険者退職以外の喪失理由
		年 月 日	男 女		取得 年 月 日		<input type="checkbox"/> 収入超過(□失業保険受給)
					喪失 年 月 日		<input type="checkbox"/> その他()
		年 月 日	男 女		取得 年 月 日		<input type="checkbox"/> 収入超過(□失業保険受給)
					喪失 年 月 日		<input type="checkbox"/> その他()
		年 月 日	男 女		取得 年 月 日		<input type="checkbox"/> 収入超過(□失業保険受給)
				喪失 年 月 日		<input type="checkbox"/> その他()	
	年 月 日	男 女		取得 年 月 日		<input type="checkbox"/> 収入超過(□失業保険受給)	
				喪失 年 月 日		<input type="checkbox"/> その他()	

北見市確認欄

日付 年 月 日

対象 事業所 担当者()

市担当者氏名 ()

証明書提出先 本人 ・ 事業所

備考

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住所

事業所又は
は保険者

名称

電話

印

(記載上の注意)

- ① 資格の喪失日は退職・死亡の翌日です。
- ② この証明書は国民健康保険の加入脱退に使用しますので、すべて保険者又は事業所が記載し、資格異動より **14日以内** に北見市本庁国保医療課・戸籍住民課、又は、総合支所・支所・出張所に届け出るようご指導願います。
- ③ 健康保険の被保険者の資格異動については、その被扶養者も含め記載してください。
- ④ 資格喪失の場合、お手数でも喪失理由を記載してください。
- ⑤ 被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄(太枠内)は記載してください。

※ 新たに国民健康保険に加入する65歳未満の方で、すでに厚生年金や共済年金を受給している方は(国民年金を除く)その年金証書もお持ちください。
退職者医療制度の該当の有無を確認させていただきます。