

# 健康保険等資格（取得・喪失）証明書



保険者名	協会けんぽ・健保組合 共済組合・国保組合 その他( )	保険者 番 号		健康保険証 記 号		健康保険証 番 号	
------	-----------------------------------	------------	--	--------------	--	--------------	--

被 保 険 者	氏 名	生 年 月 日	資 格 取 得 日	資 格 喪 失 日 (退 職 日 の 翌 日)
			昭 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	扶 養 と な っ た 日	扶 養 を と か れ た 日	
			昭 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
			昭 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
			昭 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
			昭 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
			昭 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
			昭 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
			昭 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

上記の通りであることを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

名称又は氏名

印

◎加入手続き

健康保険資格喪失証明書

(離職票や雇用保険証は使用できません)

※非自発的失業(会社都合による解雇等)の場合、国保税を減免できる場合があります。詳しくはお問い合わせ下さい。

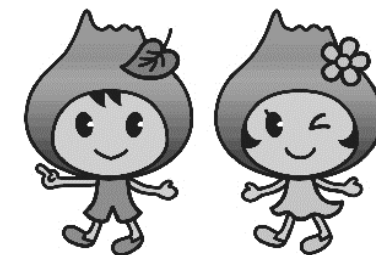
**任意継続制度** 職場の健康保険に2か月以上(共済組合は1年)以上加入していた場合、その保険を継続できる場合があります。詳しくはお勤めしていた会社にお尋ね下さい。

◎脱退の手続き

新しく交付された健康保険証

(脱退する人全員分をお持ち下さい)

今まで使っていた国民健康保険証



お問い合わせ先

〒041-1192 七飯町本町6丁目1-1

七飯町 住民課 国保年金係

TEL0138-65-2513