

健康保険(共済組合)資格(取得・喪失)証明書

※事業所の方がすべてご記入ください。

取得、喪失のどちらかを○で囲んでください。

就 職 者 退 職 者 (被保険者) A	氏 名	昭和 平成 年 月 日生					
	住 所						
健康保険(共済組合)等の 資格取得又は喪失年月日 B	取得	年 月 日	被保険者情報 C	記号			
	喪失	年 月 日		番号		枝番	
	D	退 職	年 月 日	保険者情報		保険者名	
						保険者番号	
E	氏 名	生 年 月 日	続 柄	枝 番	被 扶 養 者 と し て 認 定 又 は 認 定 を 除 外 さ れ た 日 退 職 以 外 の と き の 除 外 理 由		
		昭 平 年 月 日 令					
		昭 平 年 月 日 令			認定日: 年 月 日		
					除外日: 年 月 日		
		昭 平 年 月 日 令			認定日: 年 月 日		
					除外日: 年 月 日		
		昭 平 年 月 日 令			認定日: 年 月 日		
					除外日: 年 月 日		
		昭 平 年 月 日 令			認定日: 年 月 日		
					除外日: 年 月 日		

上記のとおり相違ありません。

事業所所在地

年 月 日 名 称

電 話 番 号 () -

※国民健康保険の届出は、健康保険を離脱・加入した日から**14日以内**に手続が必要です。

記載上の注意

- B欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。**
- Eの被扶養者欄は被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。**
本人の取得または喪失に伴う被扶養者の認定または認定の除外があった場合も必ず記入してください。なお、被扶養者の異動だけの場合でもB欄以外はすべて記入してください。また、退職以外のときの除外理由は必ず記入してください。
 (例、収入が被扶養者認定基準を上回ったため等)

●津市国民健康保険の問い合わせ先は
津市 健康福祉部 保険医療助成課 保険担当 (059-229-3160)
 ※市外にお住まいの方については、お住まいの市町村担当課にお問い合わせください。