

健康保険資格

取得

証明書

喪失

記入例 国民健康保険を脱退する場合

令和2年1月6日

(宛先) 防府市長

事業所名及び
代表者氏名防府保険株式会社
防府 太郎防府
保険

電話番号

0835 - 25 - 2317

下記のとおり証明します。

保険者名称(番号)	全国健康保険協会××支部 (01234567)					
被保険者記号	12345678	番号	90			
基礎年金番号	1234-567890					
被保険者住所	防府市寿町7番1号 防府アパート101					
被保険者氏名	続柄	性別	生年月日	資格(取得・喪失)年月日		
山口 花子	本人	男(女)	昭和62年9月21日	(得)喪	令和2年1月1日	
被扶養者名	山口 緑子	子	男(女)	平成22年4月29日	(得)喪	令和2年1月1日
	山口 県太	子	男(女)	平成29年1月7日	(得)喪	令和2年1月1日
			男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日
			男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日
		男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日	
(備考) ※被保険者退職年月日 年 月 日						

注 ①被扶養者のみ資格喪失する場合は、備考欄にその理由を具体的に記入してください。

②資格喪失年月日は、退職年月日の翌日です。(退職の場合は備考欄に退職日を記入してください。)

この証明書は、国民健康保険及び国民年金の資格取得(喪失)の資料となるものです。