

健康保険資格 取得・喪失 証明書

甲州市長 あて

平成 年 月 日

事業所または保険者

名 称 _____ 印 _____

所 在 地 _____

電話番号 _____ () _____ 担当者名 _____

(該当□に「レ」をしてください)

取得

1、下記のものは健康保険の被保険者の資格を 平成 年 月 日 _____ したことを連絡します。

喪失

取得

2、下記のものは健康保険の被扶養者の資格を 平成 年 月 日 _____ したことを連絡します。

喪失

健康保険被保険者証	保険者名		保険者番号		
	記号番号	—			
被保険者本人	氏名		性別 男・女		
		生年月日 昭・平 年 月 日			
	住所				
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	異動理由
		昭・平 年 月 日			
		昭・平 年 月 日			
		昭・平 年 月 日			
		昭・平 年 月 日			

(記入にあたって)

- ・ 1の「取得」は、今まで国民健康保険に加入していた方のみ記入してください。(国民健康保険脱退用)
- ・ 1の「喪失」のときの年月日は、退職日の翌日を記入してください。(国民健康保険加入用)
- ・ 3の「被扶養者」の欄は、被扶養者として認定または認定抹消された場合に記入してください。

本人の資格取得または資格喪失の際に被扶養者がいる場合も必ず記入してください。

被扶養者の異動だけの場合でも、健康保険被保険者証・被保険者欄は必ず記入してください。