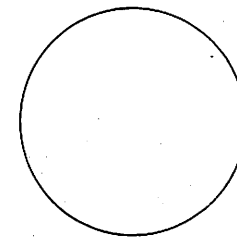


健康保険資格喪失（取得）証明書

国民健康保険室からの
書類お渡し日



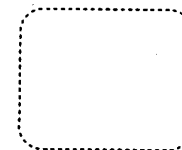
健康保険の種別		被 保 険 者 欄					
全国健康保険協会 () 共済健保 () 健康保険組合 () 国保組合 その他()	被保険者証	記号			番号		
	氏名				電話番号		
	生年月日	年	月	日	性別 男・女		
	住所						
保険者番号	資格取得・喪失 年 月 日	資格取得日	年	月	日		
		資格喪失日	年	月	日	※資格喪失日は退職日の翌日になります。	
被扶養者氏名	生 年 月 日	性別	続柄	扶養認定・抹消年月日			抹消の理由
	年 月 日	男女		認定日	年 月 日		
	年 月 日	男女		抹消日	年 月 日		
	年 月 日	男女		認定日	年 月 日		
	年 月 日	男女		抹消日	年 月 日		
	年 月 日	男女		認定日	年 月 日		
	年 月 日	男女		抹消日	年 月 日		

上記の通り証明します。

年 月 日発行 保険者（事業所）

所在地
名称
代表者名
電話番号

() -



印

保険者（事業主）様

健康保険資格喪失証明書の交付について（お願い）

この度、枚方市国民健康保険の加入手続きにあたりまして、裏面にあります健康保険に関する資格喪失証明書が必要となりましたので、交付していただきますようお願いいたします。

年 月 日

申請者 住所 _____

(返信先) 氏名 _____

電話 () _____

< 記入例 >

健康保険の種別		被 保 険 者 欄				
全国健康保険協会 ()共済健保 ()健康保険組合 ()国保組合 その他()	被保険者証	記号	* * * *	番号	* * * *	
	氏名	健康太郎			電話番号	* * * - * * * *
	生年月日	* * 年 * * 月 * * 日			性別	男・女
	住所	枚方市 * * * 丁目 * * 番 * * 号				
保険者番号	資格取得・喪失 年月日	資格取得日	* * 年 * * 月 * * 日	資格喪失日	* * 年 * * 月 * * 日 ※資格喪失日は退職日の翌日になります。	
* * * *						
被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	扶養認定・抹消年月日	抹消の理由	
健康花子	* * 年 * * 月 * * 日	男 女	妻	認定日 * * 年 * * 月 * * 日 抹消日 * * 年 * * 月 * * 日	被保険者が退職のため	
以下余白	年 月 日	男 女		認定日 年 月 日 抹消日 年 月 日		

保険者（事業主）様へ

枚方市国民健康保険室からのお願い

加入届出は、喪失日から14日以内となっておりますので、申請者より請求がありましたら、早急にご配慮ください。なお、雇用保険関係の離職票とは異なりますのでよろしく申し上げます。