

健康保険資格（取得・喪失）証明書

被保険者又は組合員	住 所								
	氏 名								
	性 別	男 ・ 女		生 年 月 日	昭・平・令			・	・
	保 険 者 番 号			資 格 取 得 年 月 日	平・令			・	・
				資 格 喪 失 年 月 日	平・令			・	・
記 号			番 号						
被 扶 養 者	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	資 格 取 得 年 月 日				
			男・女	昭・平・令	・			・	
			男・女	昭・平・令	・			・	
			男・女	昭・平・令	・			・	
			男・女	昭・平・令	・			・	
			男・女	昭・平・令	・			・	
	制 度 コ ー ド	基 礎 年 金 番 号		制 度 コ ー ド	基 礎 年 金 番 号				
本 人	⑩	記 号	番 号	配 偶 者	⑩	記 号	番 号		

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

(あて先) 旭 川 市 長 事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

電 話 番 号 ()

あなたが、他の健康保険（社会保険、共済組合など）に加入又は脱退した場合は、国民健康保険に加入又は脱退することになりますので、14日以内に、この証明書を持参の上、市役所市民課（総合庁舎1階3番窓口※ご来庁の際は、総合案内の発券機で番号札をお取りください。）又は各支所で国民健康保険の加入又は脱退の届出をしてください。

なお、退職した職場の健康保険を任意継続する場合や、退職後、直ちに別の職場に勤務され、引き続き他の健康保険に加入する場合は、国民健康保険の加入の届出は必要ありません。

【記入にあたってのお願い】

- ★ 健康保険の資格の喪失日は、**退職日の翌日**となります。
- ★ 被扶養者の資格の取得日・喪失日も必ず記入してください。
- ★ 被保険者及び被扶養者の資格喪失の場合は、取得日と喪失日の両方を必ず記入してください。