

健康保険資格（取得・喪失）証明書

|                                           |             |       |       |             |               |     |       |               |  |       |       |  |  |
|-------------------------------------------|-------------|-------|-------|-------------|---------------|-----|-------|---------------|--|-------|-------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>又<br>は<br>組<br>合<br>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<br>扶<br>養<br>者                          | 氏 名         | 続柄    | 性別    | 生 年 月 日     | 資 格 取 得 年 月 日 |     |       | 資 格 喪 失 年 月 日 |  |       |       |  |  |
|                                           |             |       |       |             | 昭・平・令         |     |       | 平・令           |  |       |       |  |  |
|                                           |             |       | 男・女   | 昭・平・令       | ・ ・ ・         |     |       | 平・令           |  |       | ・ ・ ・ |  |  |
|                                           |             |       |       |             | 平・令           |     |       | ・ ・ ・         |  |       |       |  |  |
|                                           |             |       | 男・女   | 昭・平・令       | ・ ・ ・         |     |       | 平・令           |  |       | ・ ・ ・ |  |  |
|                                           |             |       |       |             | 平・令           |     |       | ・ ・ ・         |  |       |       |  |  |
|                                           |             |       | 男・女   | 昭・平・令       | ・ ・ ・         |     |       | 平・令           |  |       | ・ ・ ・ |  |  |
|                                           |             |       |       |             | 平・令           |     |       | ・ ・ ・         |  |       |       |  |  |
|                                           |             |       | 男・女   | 昭・平・令       | ・ ・ ・         |     |       | 平・令           |  |       | ・ ・ ・ |  |  |
|                                           |             |       |       |             | 平・令           |     |       | ・ ・ ・         |  |       |       |  |  |
|                                           |             |       | 男・女   | 昭・平・令       | ・ ・ ・         |     |       | 平・令           |  |       | ・ ・ ・ |  |  |
|                                           |             |       |       |             | 平・令           |     |       | ・ ・ ・         |  |       |       |  |  |
|                                           |             | 男・女   | 昭・平・令 | ・ ・ ・       |               |     | 平・令   |               |  | ・ ・ ・ |       |  |  |
|                                           |             |       |       | 平・令         |               |     | ・ ・ ・ |               |  |       |       |  |  |
| 制 度<br>コード                                | 基 礎 年 金 番 号 |       |       | 制 度<br>コード  | 基 礎 年 金 番 号   |     |       |               |  |       |       |  |  |
| 本<br>人                                    | ⑩           | 記 号   | 番 号   | 配<br>偶<br>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 印

事業主氏名

電話番号（ ） ー

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。