

健康保険 資格取得・喪失証明書

健康保険証の記号番号		記号	A 11010203		番号	B 123456	
保険者名	全国健康保険協会		沖縄 支部		保険者番号	C 01470012	
	健康保険組合		共済組合 国保組合				
被保険者 (会社等に勤務する本人)		住所	仲宗根町26番1号				
		氏名	沖縄 太郎				
氏 名		続柄	生 年 月 日	資格取得年月日	資格喪失の理由		
被保険者	沖縄 太郎	本人	昭和 平・令 50 年 1 月 31 日	R2 年 1 月 1 日 R6 年 4 月 1 日	1.退職 退職日 (R6 年 3 月 31 日)		
	沖縄 花子	妻	昭和 平・令 50 年 12 月 15 日	R2 年 1 月 1 日 R6 年 4 月 1 日	2.被保険者死亡		
被扶養者			昭和 平・令 年 月 日	年 月 日 年 月 日	3.扶養非該当 (理由)		
			昭和 平・令 年 月 日	年 月 日 年 月 日	4.その他 (理由)		
			昭和 平・令 年 月 日	年 月 日 年 月 日	5.後期高齢医療移行		
			昭和 平・令 年 月 日	年 月 日 年 月 日			
			昭和 平・令 年 月 日	年 月 日 年 月 日			

※資格喪失日は退職日の翌日になります。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 6 年 4 月 1 日

保 険 者 所 在 地 沖縄市〇〇1-1-1
(又は事業所) 名称及び代表者氏名 株式会社〇〇
電 話 番 号 (098-939-※※※※ 担当者： 泡瀬 次郎)

の 社 株
印 〇 式
〇 会

健康保険	本人(被保険者)	00123
被保険者証	令和元年 5月10日交付	
A 記号 11010203	B 番号 123456	
氏名	ケンボ タロウ	
生年月日	健保 太郎	
資格取得年月日	昭和49年 5月 24日	
事業所所在地	令和元年 5月 1日	
事業所名称	沖縄市〇〇1-1-1	
保険者番号	〇〇株式会社	
C 01470012		
保険者名称	〇〇株式会社	
保険者所在地	全国健康保険協会 沖縄支部	
	〇〇市〇〇町2-2-2	

保険者番号、保険者名、被保険者記号番号については保険証にも記載されていますので、それらを参照して漏れなく記載してください。

例) 全国健康保険協会の場合(左見本参照)
A: 記号 B: 番号 C: 保険者番号および名称

- 【注意事項】
- 資格喪失年月日は退職日の翌日(国保組合の場合は退職日当日)となります。
 - 国保加入の手続きは職場の健康保険等の資格喪失日後14日以内に済ませてください。
手続きが遅れると不利益を受けることがあります。(医療費の全額自己負担や保険税の遡及課税など)
 - 資格喪失者は被扶養者を含む喪失者全てを記載してください。記入漏れの場合は手続きできません。
 - 証明の記載は事業所または保険者が記載し証明をしてください。
なお、記入漏れがある場合は書類不備として受付できませんので、ご注意ください。