

健康保険資格（取得・喪失）証明書

保 険 の 名 称	1. 健康保険		4. 公共企業職員共済	
	2. 船員保険		5. 私立学校等教職員共済	
	3. 国家・地方公務員共済		6. その他()	
被保険者資格情報	保険者番号		記号・番号	

↑ ※文字等ではなく、数字のみでの表記

被 保 険 者	住所 : 沖縄県豊見城市字				
	氏 名	生 年 月 日	続 柄	得 喪 年 月 日	
				取 得	喪 失
		・ ・		・ ・	・ ・
被 扶 養 者		・ ・		・ ・	・ ・
		・ ・		・ ・	・ ・
		・ ・		・ ・	・ ・
		・ ・		・ ・	・ ・
		・ ・		・ ・	・ ・

※喪失年月日は退職日の翌日

※職場の健康保険などに入ったとき

- ・ 国民健康保険証または資格確認書
- ・ 職場の資格確認書または資格情報のお知らせ
(未交付の時は、加入者全員についての取得証明書)

※職場の健康保険などをやめたとき

加入者全員についての喪失証明書

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地.....

名 称.....

電 話 番 号.....

代 表 者 名..... 印

※ 喪失日から14日以内に届出がないと医療費が全額自己負担になります。