健　康　保　険　資　格（取得・喪失）証　明　書

保険の名称	１．健康保険 ２．船員保険 ３．国家・地方公務員共済	４．公共企業職員共済 ５．私立学校等教職員共済 ６．その他(　　)
被保険者証	保険者番号	記号・番号

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はいったとき　　国民健康保険証・職場の保険証（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・国民健康保険証（同じ世帯に加入者がいる場合）

※退職者医療制度に該当したとき（６５歳未満の人）　　国民健康保険証・年金証書（勤務年数が確認できる書類）

上記のとおり証明します。　　平成　　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。