

健康保険 被保険者 資格取得・喪失証明書

資格喪失前の 事業所名		TEL			
被保険者氏名		資格喪失時の 居住地	小郡市 市外	番地 ( . . )	転入
資格喪失した 被保険者証 組合員証	記号	保険者名 (番号)		( )	
	番号				
資格喪失した被保険者・組合員氏名または被扶養者の氏名		被保険者・組合員との 続柄及び生年月日		資格期間	
		続柄	生年月日	取得年月日	喪失年月日
被 保 険 者 ま た は 組 合 員	本人	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者 ま た は 組 合 員 の 家 族		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
資格喪失の理由 (該当番号に○をつけてください)		1. 年 月 日 退職 2. 被扶養者認定外(理由 ) 3. その他(理由 )			
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 保 険 者 又 は 事業所名称 <span style="float: right;">(印)</span> 小郡市長殿					
注意事項		国保加入の届出は、資格喪失日より14日以内をお願いします。 喪失年月日は、退職日の翌日になります。			