

健康保険資格喪失証明書

被 保 険 者 (会社等に勤務する本人)		住 所	川越市 元町○丁目○番地○			この証明書は、必ず事業所で記入のうえ、証明を受けてください。また、これと同じ内容のものが記入されていれば、この様式でなくても構いません。
		氏 名	国保 太郎			
資格喪失者(健康保険を離脱して国保へ加入する人)	氏 名		性別	生年月日	被保険者との続柄	資格取得年月日
						資格喪失年月日
	本人	国保 太郎	男	昭 40・6・3	本 人	平成 1 5 年 1 0 月 5 日
			女			令和元年 5 月 1 日
	被	国保 花子	男	昭 42・7・2	妻	平成 1 5 年 1 0 月 5 日
			女			令和元年 5 月 1 日
	扶	国保 一郎	男	平 12・10・12	子	平成 1 5 年 1 0 月 5 日
			女			令和元年 5 月 1 日
	養	国保 ときも	男	平 16・12・11	子	平成 1 6 年 1 2 月 1 1 日
			女			令和元年 5 月 1 日
	者		男	.		年 月 日
			女			年 月 日
喪失の理由 ①. 被保険者が退職したため(平成31年4月30日退職) 2. 被扶養者に収入があるため(収入額 円) 3. 被保険者と生計維持関係がないため 4. その他 ()						
加入していた保険	記 号	○○○○		番 号	○○○○	
	保険者	所 在 地	川越市元町○丁目○番地○			
		名 称	○○健康保険組合			
		保険者番号	○○○○○○○○○○			
上記のとおり証明します 令和元年 5月 20日 (提出先) 川 越 市 長 事業所(勤務先) ○○○○株式会社 所在地及び名称 川越市元町○丁目○番地○ 代表者署名(又は認押) 川越 太郎 (事業所電話 123-456-7890)						

※この証明書は、会社等の健康保険を離脱して川越市の国民健康保険へ加入する場合に使用します。
必ず証明をする事業所(勤務先)等で記入してください。