

※ この証明書の様式によらない場合は、各々の様式にて証明願います。
 ※ この証明書は国民健康保険の資格取得の資料となるものです。

七尾市提出用

健康保険資格喪失証明書

(組合員) 被保険者	住所	七尾市				
	氏名 性別		男 女	資格取得 年月日	年 月 日	取得
	生年月日	年 月 日		資格喪失 年月日	年 月 日	喪失
	本人	保険者名				
		保険者番号				
	記号番号	喪失理由 (退職日: 年 月 日)				
「喪失した者を全て記入すること」 被扶養者	氏名・性別・生年月日	男 女	続柄	資格喪失年月日・喪失理由	注意 必ず担当者が記入して下さい。 左の太枠に囲んだ証明欄は、	
	年 月 日			年 月 日 喪失		
	年 月 日			年 月 日 喪失		
	年 月 日			年 月 日 喪失		
	年 月 日			年 月 日 喪失		
	年 月 日			年 月 日 喪失		
	年 月 日			年 月 日 喪失		
	年 月 日			年 月 日 喪失		

上記の通り、健康保険の資格を喪失した事を証明します。

七 尾 市 長

年 月 日

証 明 者
(事業主等)

所在地

名 称

代表者

印

TEL (_____) 担当者氏名 (_____)

- 記入上の注意(担当者様へ) —
- ① 資格を喪失した被保険者及び被扶養者全員の項目を必ず記入して下さい。また、被扶養者のみ喪失の場合は、被保険者本人の資格喪失年月日の欄(二重線で囲まれた部分)を×印で消して下さい。
 - ② 被保険者本人の退職による資格喪失の場合は、退職日の翌日が喪失日となります。
 - ③ 喪失理由が「退職」以外の場合には以下のように具体的事柄を記入して下さい。
 例) ・収入が扶養の基準額を超えるため
 ・被保険者が死亡したため など