

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					
		氏 名					
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			男 女	・ ・	本 人	年 月 日
							年 月 日
	被 扶 養 者			男 女	・ ・		年 月 日
							年 月 日
				男 女	・ ・		年 月 日
							年 月 日
				男 女	・ ・		年 月 日
							年 月 日
				男 女	・ ・		年 月 日
							年 月 日
		男 女	・ ・		年 月 日		
					年 月 日		
喪失の理由 1. 被保険者が退職したため (年 月 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					
		名 称					
		保険者番号					
上記のとおり証明します 年 月 日 (提出先) 川 越 市 長 事業所 (勤務先) 所在地及び名称 _____ 代表者署名 (又は捺印) _____ (事業所電話 _____)							

※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。