**健康保険等資格喪失（認定抹消）証明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | □被保険者の資格を喪失した  □被扶養者の認定を抹消した |  |
| 下記の者は、健康保険等の | ことを証明します。 |
|  |  |

　（該当欄にㇾをしてください。）

　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
|  | 所在地 |
| 事業所 | 名　称 |
|  | 代表者 |

℡（　　　　　）　－　　　　担当者

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名A | | 昭和  平成　　　 　年　　月　　日生  令和 | | | | | | | |
| 健康保険・厚生年金の資格喪失年月日  (退職年月日)  　　　　　　　　B | | | 喪失　令和　　　　　年　　月　　日 | | | 健康保険の被保険者証  記号・番号  (保険者番号及び  保険者名)C | |  | |
| (退職　令和　　年　　月　　日) | | |
| 基礎年金番号　D | |  | |
| 被扶養者  E | 氏　　名 | | | 生　年　月　日 | 続柄 | | 被扶養者として確認を抹消された日 | | 退職以外のとき  喪失理由 |
|  | | | 昭和  平成　 　年　　月　　日  令和 |  | | 令和　　年　　月　　日 | |  |
|  | | | 昭和  平成　 　年　　月　　日  令和 |  | | 令和　　年　　月　　日 | |  |
|  | | | 昭和  平成　 　年　　月　　日  令和 |  | | 令和　　年　　月　　日 | |  |
|  | | | 昭和  平成　 　年　　月　　日  令和 |  | | 令和　　年　　月　　日 | |  |
|  | | | 昭和  平成　 　年　　月　　日  令和 |  | | 令和　　年　　月　　日 | |  |

（記載上の注意）

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. （1）E欄の被扶養者は、被扶養者として認定を抹消された場合に記入してください。

　　本人の資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。

　　なお、被扶養者の異動だけの場合でもA、C、D、E欄は記入してください。

（2）退職以外の理由のときの喪失理由も必ず記入してください。

　　（例　収入が被扶養者認定基準を上回ったため）

1. 国民健康保険の資格取得に使用しますので、誤りのないよう記入してください。（事後訂正不可）

◎市町村役場への届け出の際に、この様式をコピーして活用してください。