

社会保険等資格喪失証明書



健康保険被保険者証記号番号		記号	番号	枝番
保険者の名称		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会愛媛支部 <input type="checkbox"/>		
基礎年金番号				
被 保 険 者 （ 本 人 ）	住所	四国中央市		
	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	年 月 日 資格喪失 (年 月 日 退職等)		※資格喪失年月日は 退職年月日の翌日となります。	
被 扶 養 者	枝番	氏 名	続柄	生 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
	年 月 日 資格喪失			
喪失事由		<input type="checkbox"/> 被保険者の退職 <input type="checkbox"/>		
特定疾病療養の有無	有・無	特定疾病療養受療者氏名	開始年月日	年 月 日
上記のとおり証明します。				
年 月 日				
四国中央市長 様				
事業所名				
電話番号				

* 保険の資格を喪失した人全員を記入してください。

これは事業所や保険者または年金事務所が記入するものです。
記号番号は被保険者証に記載の番号を記入してください。

記入例

社会保険等資格喪失証明書



1	健康保険被保険者証記号番号		記号	*****	番号	*****	枝番	**	
	保険者の名称		<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会愛媛支部 <input type="checkbox"/>						
2		基礎年金番号		*****					
被 保 険 者 (本 人)	住所	四国中央市 ○○町△△○○○-○ □□マンション○○○号							
	氏名	四国 ◆◆	生年月日	昭和 平成 令和	○○	○○	○○	日	
	R○○年○○月○○日 資格喪失 (R○○年○○月○○日 退職等)		※資格喪失年月日は 退職年月日の翌日となります。						
被 扶 養 者	枝番	氏名	続柄	昭和 平成 令和	○○	○○	○○	日	
		四国 ◆◆	妻	昭和 平成 令和				日	
				昭和 平成 令和				日	
				昭和 平成 令和				日	
				昭和 平成 令和				日	
				昭和 平成 令和				日	
3		R○○年○○月○○日 資格喪失							
4		喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の退職 <input type="checkbox"/>						
5		特定疾病療養の有無	有	無	特定疾病療養受療者氏名	開始年月日	年	月	日
5		上記のとおり証明します。 四国中央市長 様 事業所名 愛媛県四国中央市◆◆町○○○***** 株式会社○○○ 電話番号 000-0000-0000							

- * 保険の資格を喪失した人全員を記入してください。
- 健康保険証などの記号・番号・枝番、保険者の名称、基礎年金番号を記入します。
 - 被保険者(従業員様)の住所、氏名、生年月日、資格喪失日、退職等の日付を記入します。
※資格喪失日をもとに国保の資格取得日を決定しますので、正確な記入をお願いします。
 - 被扶養者が資格を喪失される場合に記入します。(喪失日・喪失事由も必要)
※本人(従業員)様のみ資格喪失されるときは、記入しないでください。
(例) 従業員様の配偶者様のみ資格喪失される場合「被扶養者」欄に記入し、②の被保険者(本人)欄の資格喪失日は空白にします。
 - 特定疾病療養受給者証がある場合に記入します。
 - 事業所様の情報を記入します。(ゴム印可)

これは事業所や保険者または年金事務所が記入するものです。
記号番号は被保険者証に記載の番号を記入してください。