

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
	資格喪失年月日	年 月 日 資格喪失 (年 月 日 退職等)		※資格喪失年月日は 退職年月日の翌日です
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
	被扶養者の資格喪失年月日		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



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"/>					
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 00年00月00日				
資格喪失年月日	R00年00月00日 資格喪失		※資格喪失年月日は退職年月日の翌日です (R00年 00月 00日 退職等)				
被扶養者	枝番	氏名	続柄	生年月日			
	四国 ◆◆			昭和 平成 令和 00年00月00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			
被扶養者の資格喪失年月日	R00年00月00日 資格喪失						
喪失事由	<input checked="" 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。							
R00年00月00日							
四国中央市長 様							
事業所名 愛媛県四国中央市〇〇町〇〇****-** 株式会社〇〇〇							
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。

① 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。

② 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。

③ 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。

④ 特定疾病療養受給者証がある場合に記入します。

⑤ 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。