

# 健康保険 資格取得喪失 証明書

被保険者又は組合員	住所	美幌町字			健康保険	名称					
	氏名			男・女		記号		番号			
	生年月日	昭和 年 月 日 平成			資格	取得年月日			喪失年月日		
						平成 年 月 日			平成 年 月 日		
被扶養者	氏名	性別	続柄	生年月日	取得・喪失年月日						
		男・女		昭和 年 月 日 平成	平成 年 月 日						
		男・女		昭和 年 月 日 平成	平成 年 月 日						
		男・女		昭和 年 月 日 平成	平成 年 月 日						
		男・女		昭和 年 月 日 平成	平成 年 月 日						
上記のとおり証明します。 (あて先) 美幌町長											
年 月 日 事業所 住所 名称 事業主名 電話番号											

キ リ ト リ セ ン

① 他の健康保険等（社会保険等の被用者保険）に加入又は脱退した場合には、法律によって、国民健康保険に加入又は脱退することになりますので、異動がありましたら直ちに(必ず14日以内に)この証明書を持参して、戸籍保険課戸籍年金グループ（窓口3番）で手続きしてください。この手続きが遅れると不利益を受けることがあります。

- ・社会保険等から脱退した後に、社会保険の保険証を使って受診した場合、全額自己負担となることがあります。また、保険税が加入時に遡ってかかる事になりますので、一度に払う額が大きくなります。
- ・社会保険に加入した後に国民健康保険の保険証を使って受診した場合、医療費の7割分を一旦国保に返していただくことになるため、一時的に負担が発生することになります。

② 退職後直ちに他の事業所に勤務して、引き続き他の健康保険等（社会保険等の被用者保険）に再加入する場合は、この手続きの必要はありません。

## 記入にあたってのお願い

- ◆この証明書は、必ず事業所の担当者が記入し、本人は記入しないでください。
- ◆資格取得日・喪失日・記号番号は、正確に記入してください。  
(健康保険の資格喪失日は退職日の翌日となります。)
- ◆被扶養者の資格取得・喪失年月日も必ず記入してください。

問 合 先 美幌町役場町民生活部戸籍保険課医療給付グループ  
電話 0152-77-6533

# 記入例

加入または脱退する健康保険の名称、記号、番号を記入して下さい。  
この記入例では、全国健康保険協会の場合で記載しています。

## 健康保険資格取得証明書

被保険者又は組合員	住所	美幌町字 ○○○番地の○○		健康保険名称	全国健康保険協会 北海道支部		
	氏名	美幌 太郎	男・女	記号	71○○○○○○○	番号	○○○
	生年月日	昭和 平成	31年○月○日	資格取得年月日	年月日	喪失年月日	年月日
被扶養者	氏名	性別	続柄	生年月日	取得(喪失)年月日		
	美幌 花子	男・女	妻	昭和 平成	35年○月○日	平成 令和	3年○月○日
		男・女		昭和 平成	年月日	平成 令和	年月日
		男・女		昭和 平成	年月日	平成 令和	年月日
		男・女		昭和 平成	年月日	平成 令和	年月日
上記のとおり証明します。 (あて先) 美幌町長							
事業所 住所 美幌町字○○○番地の○○ 名称 (株)○○○○ 事業主名 ○○ ○○ 電話番号 0152-70-○○○○				令和 3年○月○日 (印)			

電話番号も忘れず  
にご記入ください。

ここでの取得年月日、喪失年月日の欄は被保険者本人のことを記入します。  
被扶養者の方のみ保険を脱退する場合は、この欄は記入せず、下の被扶養者の取得・喪失年月日の欄に記入して下さい。

喪失年月日は、『退職日の翌日』となるので注意してください。