

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	明・大・昭・平	年	月	日	資格	取得年月日	喪失年月日				
					昭和 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		明・大・昭・平	平成	
		男・女		年	月	日
		男・女		明・大・昭・平	平成	
		男・女		年	月	日
	男・女		明・大・昭・平	平成		
	男・女		年	月	日	
	男・女		明・大・昭・平	平成		
	男・女		年	月	日	

上記のとおり証明します。
 (あて先) 美幌町長 平成 年 月 日

事業所 住所
 名称
 事業主名
 電話番号 印

キリトリせん

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、環境生活グループ戸籍年金担当（窓口1番）で手続きしてください。

既に世帯に国民健康保険加入者がいる場合はその被保険者証を御持参ください。

退職者医療制度該当者は、年金証書等の確認が必要な場合がありますので、事前に下記の問合先に御連絡願います。

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 美幌町役場民生部環境生活グループ医療給付担当

電話 0152-73-1111 内線281・282