

## 健康保険資格（取得・喪失）証明書

被 保 険 者 又 は 組 合 員	住 所					
	氏 名					
	性 別	男 ・ 女		生 年 月 日	. .	
	保険者番号			資 格 取 得 年 月 日	. .	
				資 格 喪 失 年 月 日	. .	
記 号			番 号			
被 扶 養 者	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	資 格 取 得 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日
			男・女	. .	. .	. .
			男・女	. .	. .	. .
			男・女	. .	. .	. .
			男・女	. .	. .	. .
			男・女	. .	. .	. .

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

(あて先) 上 川 町 長

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

電 話 番 号 (            )            -

あなたが、他の健康保険（社会保険、共済組合など）に加入又は脱退した場合は、国民健康保険に加入又は脱退することになりますので、14日以内に、この証明書を持参の上、上川町役場保健福祉課（庁舎1階窓口）で国民健康保険の加入又は脱退の届出をしてください。

なお、退職した職場の健康保険を任意継続する場合や、退職後、直ちに別の職場に勤務され、引き続き他の健康保険に加入する場合は、国民健康保険の加入の届出は必要ありません。

### 【 記入にあたってのお願い 】

- ★ 健康保険の資格の喪失日は、退職日の翌日となります。
- ★ 資格喪失の場合は、取得日と喪失日の両方を必ず記入してください。
- ★ 被扶養者の資格の取得日・喪失日も必ず記入してください。