

資格喪失証明書

記入例

保険者名 保険者番号		全国健康保険協会 〇〇支部 01234567		記号 番号		1234567 890		
被 保 険 者	住 所	島根県松江市〇〇町△△番地						
	氏 名	松江 太郎				性 別	男・女	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日						
	基 礎 年 金 番 号	1234 - 567890						
資 格 取 得 年 月 日		昭和・平成・令和		〇〇年 〇月 〇日				
退 職 年 月 日		平成・令和		〇〇年 〇月 〇日				
資 格 喪 失 年 月 日 (退職日の翌日)		平成・令和		〇〇年 〇月 〇日				
被 扶 養 者	氏 名	性 別	生 年 月 日		資 格 取 得 年 月 日 (被扶養者となった 日)		資 格 喪 失 年 月 日 (被扶養者として除外さ れた日)	
	1	松江 花子	男・女	昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日		平成 〇年 〇月 〇日 令和		平成 〇年 〇月 〇日 令和
	2		男・女	昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日		平成 〇年 〇月 〇日 令和		平成 〇年 〇月 〇日 令和
	3		男・女	昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日		平成 〇年 〇月 〇日 令和		平成 〇年 〇月 〇日 令和
	4		男・女	昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日		平成 〇年 〇月 〇日 令和		平成 〇年 〇月 〇日 令和
	5		男・女	昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日		平成 〇年 〇月 〇日 令和		平成 〇年 〇月 〇日 令和

上記の通り証明します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業所所在地 松江市〇〇町△△番地

事業所名称 (株)〇〇〇〇

印

電話番号 (0852) □□ - □□□□

☆ 退職しても何らかの医療保険に必ず加入してください。

一般的には次の3つが考えられます。

- ① 退職前の健康保険を任意継続(最長2年間)する。(届出は資格喪失後20日以内)
- ② 家族の健康保険(国民健康保険を除く)に扶養家族として加入する。
- ③ 住所地の国民健康保険に加入する。

☆ 他の健康保険に加入されない方は、国民健康保険加入が義務となりますので、この証明書と次のものをお持ちのうえ、資格喪失の日から14日以内に市役所保険年金課又は各支所市民生活課に届け出てください。

- ・ 本人確認できるもの(マイナンバーカード、運転免許証等)
- ・ 個人番号のわかるもの【個人番号カード・通知カード等】(世帯主分・同一世帯に国保加入者がいる場合、加入者全員分)
- ・ キャッシュカードをお持ちいただくと口座振替受付(ペイジー)ができます。対象金融機関(山陰合同銀行・島根銀行・鳥取銀行・しまね信用金庫・米子信用金庫・中国労働金庫・ゆうちょ銀行・島根県農業協同組合)

(注意)1. 国民健康保険の適用開始日は届出日からでなく、以前お使いの健康保険の資格喪失日からとなります。

2. 国民健康保険料は、適用開始日の属する月から賦課されます。(届出が遅れたときは、最高2年間さかのぼります。)

☆ 国民年金に加入する必要がある方は、基礎年金番号のわかるもの(年金手帳または基礎年金番号通知書)をお持ちください。

●松江市役所保険年金課国保・年金係・・・⑨番窓口 TEL0852-55-5263