健康保険資格喪失証明書

被保険者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	資格取得日	年　　月　　日
	退 職 日	年　　月　　日
	資格喪失日（※）	年　　月　　日

保険の種類	記号		番号	
	保 険 者 （全国健康保険協会〇〇支部 〇〇健康保険組合など）		名　称	
			保険者番号	

被扶養者	氏名	生年月日	資格取得日	資格喪失日
		・　・	・　・	・　・
		・　・	・　・	・　・
		・　・	・　・	・　・
		・　・	・　・	・　・
		・　・	・　・	・　・

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

（提出先）熊野市長 様

事業所　　所在地

又は

保険者　　名 称　　㊞

電話番号　（　　）　　－

記入担当者氏名 _____

（※）健康保険の資格喪失理由が退職の場合、資格喪失日は退職日の翌日となります。

◆上記の証明書を作成のうえ、退職される人へお渡しいただきますようお願いします。

◆提出先 熊野市役所（１階）市民保険課 保険年金係 TEL:0597-89-4111 内線 122・123

◆手続きに必要な物　この証明書・マイナンバーカード（通知書）・本人確認書類