

※ 事業所等の証明ですので、内容は全て事業所等が記入してください。

喪失する被保険者本人の住所・氏名・生年月日を記入してください。

証

今回喪失した被保険者証の「記号」・「番号」・「保険者番号」を記入してください。

記入のしかた

| | | | | | |
|-----------------|------|--------------|--------------------|-------|--|
| 被保険者または 組合員の | 住所 | | 被保険者証 (または組合員証) | 記号 | |
| | 氏名 | 男・女 | | 番号 | |
| | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日生 | | 保険者番号 | |

| | | | | | |
|------------------|-------|---------------------|-------|---------|---------|
| 資格取得年月日 | 年 月 日 | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 年 月 日 | | |
| 被 扶 養 者 | 氏名 | 被保険者との 続柄 | 生年月日 | 資格取得年月日 | 資格喪失年月日 |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

※被扶養者として認定されない場合は、その理由を具体的に記入してください。

資格を取得した年月日及び資格を喪失した年月日(※退職日の翌日)を記入してください。

被扶養者の方がいる場合に記入してください。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

保険者
または
事業主

所在地
名称
電話

※ 「証明した日」、事業所の「所在地」・「名称」・「電話番号」を記入

のうえ、押印してください。



中標津町長 様

※ この証明書は、国民健康保険の資格事務にもちいるものです。 ※ 雇用保険の喪失証明・離職票等では手続きができません。