

※ 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	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			
		年 月 日	年 月 日	年 月 日				

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

被扶養者の方がいる場合に記入してください。

※ 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。