

# 健康保険 資格取得・喪失証明書

|                      |               |    |                |                    |                          |                     |  |
|----------------------|---------------|----|----------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--|
| 健康保険証の記号番号           |               | 記号 | A              |                    | 番号                       | B                   |  |
| 保険者名                 | 全国健康保険協会<br>C |    |                |                    | 支部                       | 健康保険組合<br>共済組合 国保組合 |  |
| 被保険者<br>(会社等に勤務する本人) | 住所            |    |                |                    |                          |                     |  |
| 氏名                   |               |    |                |                    |                          |                     |  |
| 氏名                   |               | 続柄 | 生年月日           | 資格取得年月日<br>資格喪失年月日 | 資格喪失の理由                  |                     |  |
| 被保険者                 |               | 本人 | 昭・平・令<br>年 月 日 | 年 月 日<br>年 月 日     | 1.退職<br>退職日<br>( 年 月 日 ) |                     |  |
| 被扶養者                 |               |    | 昭・平・令<br>年 月 日 | 年 月 日<br>年 月 日     | 2.被保険者死亡                 |                     |  |
|                      |               |    | 昭・平・令<br>年 月 日 | 年 月 日<br>年 月 日     | 3.扶養非該当<br>(理由 )         |                     |  |
|                      |               |    | 昭・平・令<br>年 月 日 | 年 月 日<br>年 月 日     | 4.その他<br>(理由 )           |                     |  |
|                      |               |    | 昭・平・令<br>年 月 日 | 年 月 日<br>年 月 日     | 5.後期高齢医療移行               |                     |  |
|                      |               |    | 昭・平・令<br>年 月 日 | 年 月 日<br>年 月 日     |                          |                     |  |

※資格喪失日は退職日の翌日になります。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者所在地及び名称  
(又は事業所)代表者氏名 印  
電話番号 ( 担当者: )

|               |                 |             |
|---------------|-----------------|-------------|
| 健康保険<br>被保険者証 | 本人(被保険者)        | 00123       |
| 令和元年 5月10日交付  |                 |             |
| A 記号          | 11010203        | B 番号 123456 |
| ケンボ タロウ       |                 |             |
| 氏名            | 健保 太郎           |             |
| 生年月日          | 昭和49年 5月 24日    |             |
| 資格取得年月日       | 令和元年 5月 1日      |             |
| 事業所所在地        | 那覇市〇〇1-1-1      |             |
| 事業所名称         | 〇〇株式会社          |             |
| 保険者番号         | C 01470012      |             |
| 保険者名称         | 全国健康保険協会 沖縄支部 印 |             |
| 保険者所在地        | 〇〇市〇〇町2-2-2     |             |

保険者番号、保険者名、被保険者記号番号については  
保険証にも記載されていますので、それらを参照して  
漏れなく記載してください。

例) 全国健康保険協会の場合(左見本参照)  
A: 記号 B: 番号 C: 保険者番号および名称

## 【注意事項】

- 資格喪失年月日は退職日の翌日(国保組合の場合は退職日当日)となります。
- 国保加入の手続きは職場の健康保険等の資格喪失日後14日以内に済ませてください。  
手続きが遅れると不利益を受けることがあります。(医療費の全額自己負担や保険税の遡及課税など)
- 資格喪失者は被扶養者を含む喪失者全てを記載してください。記入漏れの場合は手続きできません。
- 証明の記載は事業所または保険者が記載し証明をしてください。  
なお、記入漏れがある場合は書類不備として受付できませんので、ご注意ください。

# 健康保険 資格取得・喪失証明書

|                      |       |                                 |                      |                      |    |                             |            |          |
|----------------------|-------|---------------------------------|----------------------|----------------------|----|-----------------------------|------------|----------|
| 健康保険証の記号番号           |       | 記号                              | A                    | 11010203             | 番号 | B                           | 123456     |          |
| 保険者名                 | C     | 全国健康保険協会<br>健康保険組合<br>共済組合 国保組合 |                      |                      | 支部 | 沖縄                          | 保険者番号<br>C | 01470012 |
| 被保険者<br>(会社等に勤務する本人) |       | 住所                              | 那覇市泉崎1-1-1           |                      |    |                             |            |          |
|                      |       | 氏名                              | 健保 太郎                |                      |    |                             |            |          |
| 氏名                   |       | 続柄                              | 生年月日                 | 資格取得年月日<br>資格喪失年月日   |    | 資格喪失の理由                     |            |          |
| 被保険者                 | 健保 太郎 | 本人                              | 昭・平・令<br>49年 5月 24日  | 年 月 日<br>R 元 年 5月 1日 |    | ①退職<br>退職日<br>H 31年 4月 30日) |            |          |
|                      | 健保 花子 | 妻                               | 昭・平・令<br>50年 12月 31日 | 年 月 日<br>R 元 年 5月 1日 |    | 2.被保険者死亡                    |            |          |
| 被扶養者                 |       |                                 | 昭・平・令<br>年 月 日       | 年 月 日<br>年 月 日       |    | 3.扶養非該当<br>(理由 )            |            |          |
|                      |       |                                 | 昭・平・令<br>年 月 日       | 年 月 日<br>年 月 日       |    | 4.その他<br>(理由 )              |            |          |
|                      |       |                                 | 昭・平・令<br>年 月 日       | 年 月 日<br>年 月 日       |    | 5.後期高齢医療移行                  |            |          |
|                      |       |                                 | 昭・平・令<br>年 月 日       | 年 月 日<br>年 月 日       |    |                             |            |          |

※資格喪失日は退職日の翌日になります。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 元 年 5月 1日

保険者所在地及び名称 那覇市〇〇1-1-1  
(又は事業所)代表者氏名 〇〇株式会社 代表者 那覇 二郎  
電話番号 (098-888-\*\*\*\*) 担当者: 那覇

之印 式会 〇〇株 印 帥 株

|               |               |             |
|---------------|---------------|-------------|
| 健康保険<br>被保険者証 | 本人(被保険者)      | 00123       |
| 令和元年 5月10日交付  |               |             |
| A             | 記号 11010203   | B 番号 123456 |
| ケンボ タロウ       |               |             |
| 氏名            | 健保 太郎         |             |
| 生年月日          | 昭和49年 5月 24日  |             |
| 資格取得年月日       | 令和元年 5月 1日    |             |
| 事業所所在地        | 那覇市〇〇1-1-1    |             |
| 事業所名称         | 〇〇株式会社        |             |
| 保険者番号 C       | 01470012      |             |
| 保険者名称         | 全国健康保険協会 沖縄支部 |             |
| 保険者所在地        | 〇〇市〇〇町2-2-2   |             |

印

保険者番号、保険者名、被保険者記号番号については  
保険証にも記載されていますので、それらを参照して  
漏れなく記載してください。

例) 全国健康保険協会の場合(左見本参照)  
A: 記号 B: 番号 C: 保険者番号および名称

## 【注意事項】

- 資格喪失年月日は退職日の翌日(国保組合の場合は退職日当日)となります。
- 国保加入の手続きは職場の健康保険等の資格喪失日後14日以内に済ませてください。  
手続きが遅れると不利益を受けることがあります。(医療費の全額自己負担や保険税の遡及課税など)
- 資格喪失者は被扶養者を含む喪失者全てを記載してください。記入漏れの場合は手続きできません。
- 証明の記載は事業所または保険者が記載し証明をしてください。  
なお、記入漏れがある場合は書類不備として受付できませんので、ご注意ください。