

## 社会保険等（各被用者医療保険）の資格喪失に関する証明書【国民健康保険資格取得用】

※太枠内及び、下部の署名欄を記入してください。

|      |                        |   |       |       |       |       |
|------|------------------------|---|-------|-------|-------|-------|
|      | 社会保険等の被保険者<br>または組合員本人 | 左の被扶養者<br>※被扶養者のみが資格を喪失する場合であっても、左の「社会保険等の被保険者または組合員本人」は必ず記入してください。 |       |       |       |       |
| 氏名   |                        |   |       |       |       |       |
| 生年月日 | 年 月 日                  | 年 月 日   | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

|                 |                           |         |       |
|-----------------|---------------------------|---------|-------|
| 喪失した社会保険等の記号・番号 | 社会保険等の被保険者本人<br>または組合員本人の | 退職年月日   | 年 月 日 |
| 保険者の名称          | 同上の                       | 資格喪失年月日 | 年 月 日 |
|                 | 社会保険等の被扶養者の               | 資格喪失年月日 | 年 月 日 |

|                        |   |
|------------------------|---|
| 被扶養者のみ<br>喪失の場合の<br>理由 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 三親等内の親族でない。</li> <li>2. 相当の収入があり、被保険者の収入により生計を維持していると認められない。</li> <li>3. 直系尊属・配偶者・子以外の三親等内の親族で同一世帯に属すると認められない。</li> <li>4. その他（具体的な理由）</li> </ol> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="font-size: small;">注 該当の番号を ○ で囲んでください。また、4.その他の場合は具体的な理由を記入してください。</p> |
|------------------------|---|

八幡浜市長 様

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

事業所等所在地 \_\_\_\_\_

事業所名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

※ 社会保険等被用者保険の資格を喪失した場合は、国民健康保険へ加入することとなり、被用者保険の資格を喪失した日から14日以内に届出をしなければなりません。

※ 証明書の内容に疑義がある場合は、市民課から事業所に照会することがあります。

・ 届出の場所 市民課窓口(八幡浜庁舎1階⑥番)・保内庁舎管理課窓口(保内庁舎1階)・各出張所