

健康保険加入期間証明書

下記のとおり証明します。

年 月 日

[事業所] 所在地

名称

電話番号 () — 担当者名

保 険 者 (保 険 者 番 号)	()	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	()		
被 保 険 者	住 所				
	氏 名	生 年 月 日	年 月 日		
	基礎年金番号	-	退 職 年 月 日	年 月 日	
	資 格 取 得 日	年 月 日	資 格 喪 失 日 (退 職 日 の 翌 日)	年 月 日	
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	資 格 取 得 日 (被 扶 養 者 と な っ た 日)	資 格 喪 失 日 (被 扶 養 者 で な っ た 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

● 職場の健康保険喪失後も、何らかの健康保険に加入する必要があります。

主には次の3つが考えられます。

- ① 家族の健康保険（国民健康保険を除く）の扶養家族となる。
- ② 退職前の健康保険を任意継続する。（最長2年間）
（届出は資格喪失後20日以内）
- ③ 住所地の国民健康保険に加入する。（資格喪失日から加入となります。）

● 国民健康保険への届出の場合は、この証明書と下記のことを揃えて市民福祉部市民課国保係に届け出てください。

- ・ 本人確認できるもの（運転免許証等）
- ・ 世帯主および加入者のマイナンバーがわかるもの

● 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。