

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 または組合員本人	左の被扶養者 ※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 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 喪失の場合の 理由	<ol style="list-style-type: none"> 1. 三親等内の親族でない。 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。 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。 4. その他（具体的な理由） <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