

健康保険・厚生年金資格喪失証明書

下記の者は、健康保険・厚生年金の
被保険者
被扶養者の資格を喪失したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所 名称

印

電話番号

被保険者氏名		生年月日	年 月 日	
被保険者住所				
健康保険 厚生年金 資格喪失日 (退職年月日)	喪失 令和 年 月 日	健康保険の被保険 者記号番号		
	(退職 令和 年 月 日)	健康保険の 被保険者番号		
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	被扶養者の認定を抹消された日
		年 月 日		令和 年 月 日
		年 月 日		令和 年 月 日
		年 月 日		令和 年 月 日
		年 月 日		令和 年 月 日

国民健康保険資格取得について

あなたは、これまで勤めていた事業所を退職されましたので、国民健康保険の加入手続きをしてください。

届出には、この証明書、マイナンバーカードなどの本人確認書類を持参してください。

珠洲市市民課医療保険・年金係

TEL 0768-82-7741

FAX 0768-82-4600