

# 健康保険 被保険者 資格喪失証明書

|  |     |                  |           |              |  |                 |     |  |
|--|-----|------------------|-----------|--------------|--|-----------------|-----|--|
| 住 所  |     |                  | 保 険 者 番 号 |              |  |                 | 記 号 |  |
|  |     |                  |           |              |  |                 |     |  |
| 被保険者氏名   |     | 生 年 月 日          | 続柄        | 退 職 年 月 日    |  | 資格喪失年月日(退職日の翌日) |     |  |
|  |     | 大・昭<br>平・令 年 月 日 | 本人        | 年 月 日        |  | 年 月 日           |     |  |
| 被<br>扶<br>養<br>者   | 氏 名 | 生 年 月 日          | 続柄        | 退職以外のときの喪失理由 |  | 被扶養者として認定除外された日 |     |  |
|  |     | 大・昭<br>平・令 年 月 日 |           |              |  | 年 月 日           |     |  |
|  |     | 大・昭<br>平・令 年 月 日 |           |              |  | 年 月 日           |     |  |
|  |     | 大・昭<br>平・令 年 月 日 |           |              |  | 年 月 日           |     |  |
|  |     | 大・昭<br>平・令 年 月 日 |           |              |  | 年 月 日           |     |  |
| <p>上記のとおり証明します。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>事業所所在地</p> <p>年 月 日</p> </div> <div> <p>事業所名称</p> <p>電 話 番 号 (            )            -           </p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>印</p> </div> </div> |     |                  |           |              |  |                 |     |  |

----- キ リ ト リ 線 -----

## ★ 退職しても何らかの医療保険に必ず加入してください ー

一般的には次の3つが考えられます。

- ① 退職前の健康保険を任意継続（最長2年間）する。（届出は資格喪失後20日以内）
- ② 家族の健康保険（国民健康保険を除く）に扶養家族として加入する。
- ③ 住所地の国民健康保険に加入する。

## ◎ 熊野町国民健康保険に加入される方へ ー

熊野町の国民健康保険に加入される際には、上の**資格喪失証明書（事業所にて必要事項を記入・押印をしたもの）**に加えて、次のものをお持ちのうえ、役場 税務住民課 保険年金グループに届出をしてください。

- **国民健康保険被保険者証**（追加加入《同一世帯にすでに国民健康保険の加入者がいる》のとき）
- **年金証書**（退職者医療制度に該当される方《老齢・退職を支給事由とする厚生年金・共済年金などの受給権のある方で、加入期間が20年以上または40歳以降10年以上ある方》）
- **年金手帳**（国民年金に加入しなければならない方）

※ （家族以外の）代理の方が手続きをされる場合、委任状が必要です。  
 ※ 委任状の内容については、役場 住民課 保険年金グループにお尋ねください。