

**健康保険 被保険者  
被扶養者 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 平・令 年 月 日	本人	年 月 日				年 月 日		
被 扶 養 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 平・令 年 月 日						年 月 日		
		大・昭 平・令 年 月 日						年 月 日		
		大・昭 平・令 年 月 日						年 月 日		
		大・昭 平・令 年 月 日						年 月 日		
		大・昭 平・令 年 月 日						年 月 日		
上記のとおり証明します。 事業所所在地 年 月 日 事業所名称 電話番号 ( ) - <span style="float: right;">印</span>										

-----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 一**

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 一**

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 税務住民課 保険年金グループにお尋ねください。