筑紫野市　春日市　大野城市　太宰府市　那珂川市　国民健康保険　提出用

健康保険等資格喪失証明書

保険者名及び保険者番号	（番号　　）			
被保険者（組合員）	記号		番号	
	住所	大野城市		
	氏名			

	氏　　名	被保険者との続柄	資格取得年月日 資格喪失年月日(注1)	資格喪失の理由
資格喪失者	年　月　日生	本　人	年　月　日 年　月　日	1　退　職 （退職日： 年　月　日）
	年　月　日生		年　月　日 年　月　日	
	年　月　日生		年　月　日 年　月　日	2　死亡退職
	年　月　日生		年　月　日 年　月　日	3　扶養基準収入超過
	年　月　日生		年　月　日 年　月　日	4　その他

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

保　険　者　　所在地

（又は事業所）　　名　称

代表者　　印

(注１)資格喪失年月日は退職日の翌日(国保組合の場合は、退職当日)となります。

この証明書は、もとの勤め先又は保険者(社会保険事務所・健康保険組合等)で証明を受けてください。

※この手続きは資格喪失年月日より 14 日以内に行ってください。