

社会保険等資格（取得・喪失）証明書


被保険者又は組合員	住所	(〒 -)		健康保険等	名称			
	氏名		男・女		記号		番号	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		資格	取得年月日	喪失年月日		
					年 月 日	年 月 日		
被扶養者	氏名	性別	続柄	生年月日	取得・喪失年月日			
		男・女		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日			
		男・女		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日			
		男・女		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日			
		男・女		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日			

以上のとおり証明します。

年 月 日

小清水町長 様

事業所 住所
名称
事業主名
電話番号



《国民健康保険（国保）に加入または脱退する皆様》

- 他の健康保険等（社会保険等の被用者保険）に加入または脱退した場合は、法律によって、国保に加入または脱退しなければなりませんので、14日以内に証明書等を持参して、国保担当窓口で手続きを行ってください。
- 保険証は必ず、病院等を受診する日に加入している保険証をお使いください。手続き中により、新しい保険証が発行されていない場合でも、喪失する予定の保険証は使えません。
(喪失後に受診した場合は、後日、国保負担分の金額を請求されることがあります。)

《事業所等の皆様 記入にあたって》

- この証明書は、必ず事業所の担当者が記入してください。
- 上部の取得・喪失いずれか不要の文字を（＝）で抹消して発行してください。
- 資格取得日・喪失日・記号番号は正確に記入してください。
(健康保険の資格喪失日は退職日の翌日(国保組合については当日)です)
- 被扶養者の資格取得・喪失年月日も必ず記入してください。

小清水町役場保健福祉課医療保険係
TEL 0152-62-4473
FAX 0152-62-4198