

健康保険

資格取得(喪失)証明書

厚生年金保険

下記の者は、健康保険者の 被保険者 取得 の資格を 喪失 したことを証明します。

被扶養者 喪失

(該当欄に✓をしてください。)

年 月 日

所在地

事業所名称

(または保険者等)

代表者

印

TEL(

—

担当者

)

記

被保険者氏名 A		(年 月 日生)				
健康保険・厚生年金保険の 資格取得または喪失年月 日(退職年月日)	取得 年 月 日	健康保険被保険者証の 記号・番号・枝番 (保険者番号及び 保険者名称) C		記号	番号	枝番
	喪失 年 月 日 (退職 年 月 日)	日本年金機構の 事業所整理記号・ 被保険者整理番号 D		整理記号	整理番号	
		年金手帳の基礎年金番号 E		本人		
B			被扶養配偶者			
被 扶 養 者 F	氏名	生年月日	続柄	被扶養者としての 認定日・抹消日		退職以外のときの 喪失理由
		年 月 日		認定 年 月 日	抹消 年 月 日	
		年 月 日		認定 年 月 日	抹消 年 月 日	
		年 月 日		認定 年 月 日	抹消 年 月 日	
		年 月 日		認定 年 月 日	抹消 年 月 日	
		年 月 日		認定 年 月 日	抹消 年 月 日	

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (1)F欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。
本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でも A,C,D,E,F欄は記入してください。
- (2)退職以外の理由のときの喪失理由も必ず記入してください。
なお、理由が次の場合は、番号(①、②)のみの記載で差し支えありません。
〔 例① 収入が被扶養者認定基準を上回ったため
例② 被保険者本人が、後期高齢者医療制度の被保険者となったため 〕
- 事業所(または保険者等)の名称、代表者名については、ゴム印等にて押印してください。
なお、ゴム印等がない場合は、代表者の押印をしてください。
- 保険者が全国健康保険協会(協会けんぽ)の場合、健康保険被保険者証の記号欄は被保険者証に記載された数字(7桁または8桁)で記入してください。また、日本年金機構の事業所整理記号・被保険者整理番号もあわせて記入願います。

被 保 険 者（ 退 職 者 ） の 皆 様 へ

次の方は、14 日以内に住所地の市役所、市民センターまたは東加古川市民総合サービスプラザで国民健康保険及び国民年金の資格の届出を行ってください。

また、国民健康保険料・国民年金保険料は、資格取得の届出が遅れた場合でも資格取得日に遡及して賦課されますので、必ず 14 日以内に届出をしてください。

就職したときや健康保険の被扶養者に認定されたとき

国民健康保険に加入されていた方は、資格の喪失の手続が必要です。

※ 国民年金については、基礎年金番号の導入により資格喪失は自動的に行われます。

〈国民健康保険の資格喪失手続に必要なもの〉

- 1 事業主が発行する健康保険・厚生年金保険資格取得証明書(裏面参照)又は健康保険被保険者証
- 2 国民健康保険被保険者証
- 3 福祉医療受給者証(受給者の場合のみ)
- 4 マイナンバーがわかる書類
(マイナンバーカード、通知カード又はマイナンバーが記載された住民票の写し等)
- 5 手続をされる方のご本人確認ができる書類
(運転免許証、マイナンバーカード等。なお、これらの証明書がない場合は、お住まいの市町にお問い合わせください。)

退職したときや健康保険の被扶養者の認定を抹消されたとき

続けて別の事業所で健康保険や厚生年金に加入する場合を除き、国民健康保険及び国民年金に加入しなければなりませんので、資格取得の手続が必要です。

また、健康保険任意継続被保険者になる場合は、国民健康保険に加入する必要はありませんが、国民年金には加入する必要があります。

〈国民健康保険及び国民年金の資格取得手続に必要なもの〉

- 1 事業主が発行する健康保険・厚生年金保険資格喪失証明書(裏面参照)
- 2 国民健康保険被保険者証(同一世帯に国民健康保険者がおられる場合で、被保険者証の記載事項(世帯主等)に変更がある場合のみ)
- 3 年金手帳又は基礎年金番号通知書
- 4 福祉医療受給者証(受給者の場合のみ)
- 5 年金証書(厚生年金等を受給している場合)
- 6 マイナンバーがわかる書類
(マイナンバーカード、通知カード又はマイナンバーが記載された住民票の写し等)
- 7 手続をされる方のご本人確認ができる書類
(運転免許証、マイナンバーカード等。なお、これらの証明書がない場合は、お住まいの市町にお問い合わせください。)

注 意 保険の種類が変わった時は、すぐに受診している医療機関に申し出てください。