

社会保険等（各被用者医療保険）の資格喪失に関する証明書 (国民健康保険資格取得用)

	社会保険等の被保険者本人又は組合員本人であった者	左の被扶養者であった者				
資格喪失者の氏名						
継続療養申請の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

喪失した社会保険等の保険証記号番号 —	社会保険等の被保険者本人又は組合員本人であった者の 退職年月日	年 月 日
保険者の住所、名称	同上者の 資格喪失年月日	年 月 日
	社会保険等の被扶養者であった者の 資格喪失年月日	年 月 日

被扶養者のみ喪失の場合の理由	1. 3親等以内の親族でない。 2. 相当の収入があり、被保険者の収入により生計を維持していると認められない。 3. 直系尊属、配偶者、子、以外の3親等内の親族で同一世帯に属すると認められない。 4. その他（具体的な理由）
(注) 該当する番号を○で囲んで下さい。また、4の場合は具体的な理由を記入して下さい。	

上記証明する

年 月 日

事業所等所在地

名称

伊方町長様

代表者氏名

※ 社会保険等を喪失した場合は14日以内に国民健康保険に強制的に加入しなければならないこととなっています。

届出の方法 この証明書と印鑑、世帯に国保加入者がいて国保の保険証がある場合はその国保保険証
 届出の場所 本庁町民課、各支所、町見出張所
 資格喪失年月日 退職年月日の翌日となります。