

健康保険等 資格取得（喪失）証明書

被保険者	氏名		健康保険等 記号番号	
	住所	青森県平川市		
区分	氏名	続柄	性別	生年月日
資格取得（喪失）者	被保険者	本人	男・女	昭・平令 年 月 日
	被		男・女	昭・平令 年 月 日
	扶養者		男・女	昭・平令 年 月 日
			男・女	昭・平令 年 月 日
			男・女	昭・平令 年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日 (退職による場合、退職日の翌日)	資格取得（喪失）事由	(1) 就職	(1) 退職
資格取得年月日	年 月 日		(2) 扶養認定	(2) 扶養除外
			(3) その他	(3) 任意継続 (満了・脱退)
			<input type="text"/>	(4) その他
上記のとおり資格を取得（喪失）したことを証明する。				
令和 年 月 日				
事業所所在地				
事業所名称				
代表者名 ㊟				
電話番号 ()				

【お願い】

- この証明書は、平川市国民健康保険の加入（脱退）手続に必要ですので、記入と押印の上、本人にお渡しください。
- 資格取得（喪失）の事由欄は、該当する項目を○で囲んでください。

◎国民健康保険の加入手続に必要なもの

- 健康保険資格喪失証明書
- マイナンバーカード、または通知カード
- 即日交付の場合、身分証明書（運転免許証など）が必要となることがあります。

※ この手続は、資格喪失後 14 日以内 に行うことになっております。ただし、退職後直ちに他の事業所などの健康保険等に加入する場合は、この手続の必要はありません。

連絡先 平川市 財政部 税務課 国保係
〒036-0104 平川市 柏木町 藤山 25 番地 6
TEL0172-44-1111 (内線 1251・1252・1257)