健康保険資格取得（喪失）証明書

年　　月　　日

所在地

事業所名称

代表者名　　印

（TEL　　）

筑後市長　殿

記

保険者番号			記号	番号	
氏名		生年月日	続柄	資格期間	
被保険者または組合員		．　．	本人	（取得日）　．　．　～	（喪失日）　．　．
被扶養者または組合員の家族		．　．		（取得日）　．　．　～	（喪失日）　．　．
		．　．		（取得日）　．　．　～	（喪失日）　．　．
		．　．		（取得日）　．　．　～	（喪失日）　．　．
		．　．		（取得日）　．　．　～	（喪失日）　．　．
資格喪失の理由		１．退　職　　２．後期高齢者医療該当 ３．扶養基準収入超過　　４．その他（　　）			

※この証明は、以前の勤め先またはその管轄の保険者（年金事務所内協会けんぽや健康保険組合など）で受けてください。
※退職による資格喪失は退職日の翌日となります。

筑後市　市民課　国民健康保険担当
住所：筑後市大字山ノ井８９８番地
電話：0942(65)7015　FAX：0942(53)5177