

健康保険資格喪失証明書  
(国民健康保険加入用)

この証明書は、すべて事業所で記入してください。

|          |               |    |                |  |  |                    |          |                |               |   |   |          |  |   |   |   |   |   |
|----------|---------------|----|----------------|--|--|--------------------|----------|----------------|---------------|---|---|----------|--|---|---|---|---|---|
| 被保険者(本人) | 住 所           |    |                |  |  |                    |          |                |               |   |   |          |  |   |   |   |   |   |
|          | 氏 名           |    |                |  |  |                    | 生年月日     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年             | 月 | 日 |          |  |   |   |   |   |   |
|          | 被 保 険 者       | 記号 |                |  |  |                    |          | 番号             |               |   |   |          |  |   |   |   |   |   |
|          | 保 険 者         | 番号 |                |  |  |                    |          | 名称             |               |   |   |          |  |   |   |   |   |   |
|          | 資 格 取 得       |    |                |  |  | 資 格 喪 失 (注：退職日の翌日) |          |                |               |   |   |          |  |   |   |   |   |   |
|          | 平成<br>・<br>令和 |    |                |  |  | 年                  | 月        | 日              | 平成<br>・<br>令和 |   |   |          |  | 年 | 月 | 日 |   |   |
| 被扶養者(家族) |               |    | 生年月日           |  |  |                    | 被保険者との続柄 |                | 扶養喪失年月日       |   |   |          |  |   |   |   |   |   |
|          |               |    | 昭和<br>平成<br>令和 |  |  |                    | 年        | 月              | 日             |   |   | 平成<br>令和 |  |   |   | 年 | 月 | 日 |
|          |               |    | 昭和<br>平成<br>令和 |  |  |                    | 年        | 月              | 日             |   |   | 平成<br>令和 |  |   |   | 年 | 月 | 日 |
|          |               |    | 昭和<br>平成<br>令和 |  |  |                    | 年        | 月              | 日             |   |   | 平成<br>令和 |  |   |   | 年 | 月 | 日 |
|          |               |    | 昭和<br>平成<br>令和 |  |  |                    | 年        | 月              | 日             |   |   | 平成<br>令和 |  |   |   | 年 | 月 | 日 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

中野市長 あて 令和 年 月 日

事業所所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代 表 者 \_\_\_\_\_ 印

担 当 課 名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_



国民健康保険への加入手続きについて

勤務先等の健康保険の資格を喪失した場合は、市の国民健康保険への加入手続きが必要です。  
次の「持ち物」を持参して、市役所の窓口で14日以内に手続きをお願いします。

- 【持ち物】
- ① この証明書      ② 身分証明書（マイナンバーカードや運転免許証など）

【問い合わせ・中野市役所 市民課 国保年金係 電話0269-22-2111（内線296）】