

保険者番号

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

資格 取得 喪失 証明書

久留米市国民健康保険 提出用

| | |
|----|----|
| 記号 | 番号 |
|----|----|

| 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 資格期間 | 備考 |
|--------------------|------|----|---------------------------|----|
| 被ま組 保た合 険者は員 | . . | 本人 | (取得年月日) . . ~ (喪失年月日) . . | |
| 被扶養者または組合員の家族 | . . | | (取得年月日) . . ~ (喪失年月日) . . | |
| | . . | | (取得年月日) . . ~ (喪失年月日) . . | |
| | . . | | (取得年月日) . . ~ (喪失年月日) . . | |
| | . . | | (取得年月日) . . ~ (喪失年月日) . . | |
| | . . | | (取得年月日) . . ~ (喪失年月日) . . | |

| | | |
|------------------------------|-------------|--------------|
| 資格喪失の理由 (該当番号に○印をつけてください) | 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() |

上記のとおり証明します

所在地

.....

年 月 日

保険者名
または
事業所名称
電話

(取扱者名)

(印)

この証明は、もと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。

久留米市 健康福祉部 健康保険課
住所:久留米市城南町15番地3
電話:0942(30)9029 FAX:0942(30)9751

異動が
届は
あった
日め
先
から
十四
日
以内
に
資格

※退職による資格喪失年月日は退職日の翌日です。