

健康保険(共済組合)喪失証明書

国民健康保険加入用
国民年金加入用

退職者 (被保険者)	氏名	昭和 平成 令和		年 月 日生			
	住所	蒲郡市					
資格取得年月日	平成 令和	年 月 日	加入していた健康 保険証の記号番号 (保険者名)	()			
資格喪失年月日	平成 令和	年 月 日					
退職年月日	平成 令和	年 月 日	基礎年金番号				
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として 認定を除外された日	退職以外のときの 喪失理由		
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日	
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日	
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日	
上記のとおり相違ありません。							
事業所所在地							
令和 年 月 日 名称 印							
電話番号() —							

☆資格喪失日は、退職年月日の翌日となります。

☆国民健康保険

- ・退職後、**14日以内**に国民健康保険資格取得の届け出をしないと、医療費が全額負担となる場合があります。
- ・既にあなたの世帯に国民健康保険加入者がいる場合は、その被保険者証及び印鑑をご持参ください。
- ・**子ども・障害者・母子・精神**の各医療費助成を受給されていたら、医療受給者証もご持参ください。

☆国民年金

- ・この証明書とともに **基礎年金手帳**も必ずご持参ください。
- ・配偶者が国民年金第3号被保険者であったときは、配偶者の基礎年金手帳もご持参ください。

市民課	国民年金	国保給付	福祉医療

○お問い合わせは、市役所保険年金課へ
国民健康保険担当 TEL 66-1103 (直通)
福祉医療担当 TEL 66-1102 (直通)
国民年金担当 TEL 66-1101 (直通)