

健康保険資格(取得・喪失)証明書

事業所住所					
事業所名		電 話			
健康保険 被保険者証	記 号			保険者番号	
	番 号			保険者名称	
被保険者本人 又は 組 合 員	住 所				
	(フリガナ)		電 話	() -	
	氏 名		生年月日	年 月 日	
資格取得・喪失者氏名 (生 年 月 日)		続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	備 考
本人 被 扶 養 者	氏名	本人	年 月 日	年 月 日	年 月 日 退職
	氏名		年 月 日	年 月 日	
	氏名		年 月 日	年 月 日	
	氏名		年 月 日	年 月 日	
	氏名		年 月 日	年 月 日	年 月 日
喪失の理由 (具体的に書いてください)					
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日					
大牟田市長 様		証明者 事業所名		職印	

* 「資格取得年月日」の欄には、被保険者（被扶養者）に該当した当初の年月日を、「資格喪失年月日」の欄には、被保険者（被扶養者）の資格を喪失した日を記入してください。
 なお、資格喪失日は、被保険者本人の退職による場合は退職の翌日、被扶養者のみの喪失である場合は扶養から削除された日を記入してください。

【裏面の注意事項をよくお読みのうえ記入してください】 2020.12

証明記載上の注意事項

< 世帯主の方へ >

- ① この証明書は、今までの勤務先（会社・工場等）または年金事務所や共済組合の健康保険担当係のところへ直接持参するかもしくは郵送により必要な事項を記載証明してもらい、市役所保険年金課にご提出ください。
- ② 本証明は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第113条の規定に基づいて提出を求めますが、いつわりやその他不正の証明をされた場合、法令の規定により処罰され、また既に保険給付を受けているときは、その全額を返還していただくこととなりますので、ご注意ください。

< 証明される方へ >

- ① この証明書は、国民健康保険の被保険者の資格を取得するための証明ですから正確に記入してください。健康保険等の資格喪失後（一般的には退職の翌日）14日以内に国民健康保険に加入された場合のみ喪失の日から保険給付をうけられることとなります。
- ② 「**事業所住所、事業所名**」の欄は、当該被保険者、組合員または被扶養者を扶養する者の勤務する（勤務していた）会社、工場等の所在地および名称を詳しく記入してください。
- ③ 「**資格喪失時の住所**」の欄は、被保険者、組合員または被扶養者たる資格を喪失したときの住所を詳しく記入してください。
- ④ 「**資格を喪失した被保険者、組合員または被扶養者の氏名**」の欄は、その資格を喪失した者のみを記入してください。被保険者または組合員は資格を喪失せず、被扶養者であった者のみが資格を喪失したときは、その旨を備考欄に記入してください。

※ 国民健康保険加入手続きに必要なもの ※

- ◎ 資格喪失証明書(裏面)
- ◎ 手続きする人の運転免許証等の本人確認書類
- ◎ マイナンバー（個人番号）がわかるもの（世帯主と加入するひと全員分）
- ◎ 委任状（世帯主以外の方が手続きする場合のみ）

以上のものをご用意いただき、勤め先の健康保険を喪失した日から**14日以内**に大牟田市役所本庁舎2階の保険年金課（国民健康保険⑥番窓口）で手続きをしてください。

《お問い合わせ先》

〒836-8666 大牟田市有明町2丁目3番地
大牟田市役所保険年金課（国民健康保険担当）
直通電話 0944-41-2606

【社会保険の任意継続について】

社会保険の被保険者期間が2か月以上あった場合、退職後も引き続き2年間、社会保険に加入することができます（共済組合等では例外あり）。これを**任意継続被保険者制度**といいます。

退職日の翌日から起算して20日以内に年金事務所や健保組合等に手続きをしてください。

*任意継続の保険料については、年金事務所や健保組合等にお尋ねください。