

(あて先) 観音寺市長

## 記入例

所在地 香川県観音寺市〇〇町△△番地

証明者 名称 株式会社  
代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇

電話番号 ( 0875-24-△△△△ 担当者 〇〇 〇〇 )

次のとおり証明します。

健康保険等資格 取得・喪失  
被扶養者 認定・抹消 証明書

保険種別 (いずれかに○をしてください)	① 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ) 2. 組合管掌健康保険 3. 共済組合 4. 船員保険 5. 国民健康保険組合												
被保険者証の記号・番号	記号 1234567					番号 890							
保険者名・保険者番号	名称 全国健康保険協会 〇〇支部					番号 01370014							
本人欄	(被保険者 又は 組合員)	住所	観音寺市〇〇町一丁目2番3号 △△アパート101号室										
		フリガナ	カンオンジ タロウ				性別	男	生年月日	大・昭・平・令 45年 4月 10日			
		氏名	観音寺 太郎										
	基礎年金番号	1	2	3	4	—	5	6	7	8	9	0	(10ケタ)
	資格の得喪日	資格取得年月日		昭和・平成・令和			20年		9月		1日		
	資格喪失年月日		令和			元年		6月		1日			
資格の喪失理由 (該当する□にレ点)	<input checked="" type="checkbox"/> 退職 (退職日: 令和 元年 5月 31日) <input type="checkbox"/> 任意継続の資格喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入 <input type="checkbox"/> その他( )										資格喪失年月日は勤務先の退職日の翌日、または任意継続の期間満了日などの翌日です。		
被扶養者欄	フリガナ	生年月日		性別	続柄	資格の得喪日 認定(加入) 年月日		抹消(削除) 年月日		被扶養者として認定を抹消(削除)された理由(該当にレ点)			
	氏名	大・昭・平・令 45年 6月 10日		女	妻	昭和・平成・令和 20年 9月 1日		平成・令和 元年 6月 1日		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者または組合員の資格喪失			
	カンオンジ ハナコ	大・昭・平・令 15年 7月 10日		男	子	昭和・平成・令和 15年 7月 10日		平成・令和 元年 6月 1日		下記の理由により被扶養者のみ抹消 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給			
	カンオンジ イチロウ	大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 収入の増加			
	観音寺 花子	大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 就職			
	観音寺 一郎	大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 結婚			
被保険者本人の資格取得または資格喪失の際に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄も必ず記入してください。										<input type="checkbox"/> 家族喪失			
										<input type="checkbox"/> その他 ( )			

- (注意)
- この証明書は、健保・共済・国保組合の理事長か事業主又は年金事務所長、全国健康保険協会支部長が証明してください。
  - この証明書は、被保険者又は組合員並びに被扶養者の資格を取得・喪失・認定・抹消した者について記入してください。
  - 「資格の得喪日」欄は、資格を喪失・抹消した場合、その保険の資格の取得・認定日および資格の喪失・抹消日を記入してください。
  - 資格の喪失日は、勤務先を退職した日または任意継続の期間満了の日などの翌日です。
  - 被保険者本人の資格取得または資格喪失の際に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄も必ず記入してください。
  - 被扶養者のみ認定・抹消の場合であっても、被保険者証の記号・番号・保険者名・本人欄は必ず記入してください。

### 【事業主へのお願い】

この証明書は、観音寺市国民健康保険の加入手続に必要ですので、作成し、本人にお渡しください。

#### （記入上の注意）

- 1 この証明書は、被保険者又は組合員、並びに被扶養者の資格取得・喪失、認定・抹消した者について記入してください。
- 2 被保険者証の記号・番号、保険者名・保険者番号は、保険証にも記載されていますので、それらを参照して漏れなく記載してください。
- 3 被扶養者のみ認定・抹消の場合であっても、被保険者証の記号・番号・保険者名・本人欄は必ず記入してください。被扶養者がいない場合は、被扶養者欄に斜線をしてください。
- 4 「資格の得喪日」欄は、資格を喪失・抹消した場合、その保険の資格の取得・認定日および資格の喪失・抹消日を記入してください。
- 5 資格の喪失日は、退職の場合は勤務先を退職した日の翌日、任意継続の期間満了の場合は、期間満了日の翌日です。
- 6 「資格の喪失理由」「被扶養者として認定を抹消(削除)された理由」欄は、該当する□内にレ点を付してください。
- 7 続柄欄は被保険者又は組合員との続柄を記入してください。

当該証明書様式は本市で作成したもので、各事業所で定めた様式も使用できます。

### 【国民健康保険に加入される方へ】

加入の届出は、健康保険の資格喪失日から14日以内にすませてください。

加入の届出が遅れると・・・

加入する資格ができた月の分まで、国保税をさかのぼって納めることになります。また、届出日までにかかった医療費は、特別な理由がない限り全額自己負担となります。

#### ◎国保加入の届出に必要なもの

- ① 離職証明書または健康保険等資格喪失証明書  
(会社等を退職し資格を喪失した日がわかるもの)
  - ② 年金手帳(60歳未満の方)
  - ③ 届出人の本人確認ができるもの(運転免許証等)と個人番号(マイナンバー)がわかるもの
  - ④ 国保に加入する方全員分の個人番号(マイナンバー)がわかるもの
- ※子ども、重心、ひとり親医療費の助成を受けている場合は、その受給資格者証

注) 任意継続の保険が切れる場合⇒健康保険証に記載されている、資格喪失日以降に手続きしてください。

### 【職場の健康保険などに加入された場合は・・・】

職場の健康保険などに加入したときは、国保の脱退の手続きが必要です。

手続きをしないと、国保の資格は残ったままになり、国保税も課税されたままになります。すでに健康保険などに加入されている方は、至急、国保窓口まで届出をお願いします。

#### ◎国保脱退の届出に必要なもの

- ① 国民健康保険被保険者証
  - ② 職場の健康保険被保険者証(国保をやめるかた全員分)
  - ③ 年金手帳(60歳未満の方)
  - ④ 届出人の本人確認ができるもの(運転免許証等)と個人番号(マイナンバー)がわかるもの
  - ⑤ 国保をやめる方全員分の個人番号(マイナンバー)がわかるもの
- ※子ども、重心、ひとり親医療費の助成を受けている場合は、その受給資格者証

### 届出窓口、問い合わせ先

観音寺市	健康増進課	国保医療係	TEL0875-23-3927
	大野原支所	市民係	TEL0875-54-5700
	豊浜支所	市民係	TEL0875-52-1200
	伊吹支所	市民係	TEL0875-29-2111