

※届出は14日以内に

※全て事業主が記入してください。

〒904-2292

沖縄県うるま市みどり町一丁目1番1号

うるま市役所 国民健康保険課

TEL:098-973-3202

FAX:098-974-6764

健康保険等資格（取得・喪失）証明書

うるま市長 様

保険者名称			保険者番号		記号	番号	被保険者又は組合員の住所		
区分	氏名	生年月日	続柄	枝番	取得年月日	喪失年月日 (退職日の翌日)	退職年月日		
被保険者 又は 組合員		昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	1.就労又は就職 2.国保組合加入 3.退職又は国保組合の脱退 4.任意継続被保険者の資格喪失 5.日雇い労働者健保の被保険者手帳の返納 6.その他()	
被扶養者 又は 組合員の 家族		昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	/	1.被保険者又は組合員の資格発生に伴うもの	
		昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	/	2.被保険者又は組合員の資格消滅に伴うもの	
		昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	/	3. _____ により被扶養者に該当した 該当しなくなった	
		昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	/	4.その他	
		昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	/		
所在地 _____							上記のとおり証明します。		
証明者 名称 _____				(印)					
TEL _____				令和 年 月 日					

- 注 (1) 健保・共済・国保組合の理事、事業主又は社会保険事務所長が証明して下さい。
 (2) 被保険者又は組合員と新たに被保険者等の資格を取得・喪失したものについて記入して下さい。
 (3) 保険者名称、保険者番号は必ず記入して下さい。
 (4) 資格得喪者の被保険者証の記号・番号・枝番は必ず記入して下さい。
 (5) 取得・喪失の理由は該当数字を○で囲み、3・4については理由も記入して下さい。
 (6) わかりにくい点があれば、国民健康保険課までお問い合わせ下さい。

- 国民健康保険の取得・喪失の手続きに必要なものは、
- 健康保険資格取得・喪失証明書
 - 資格確認書・資格情報のお知らせ(同世帯にすでに国保加入者がいる場合)
 - 本人確認書類(運転免許証等顔写真付き)
 - マイナンバーカードや通知カード
 - 通帳・通帳届出印・キャッシュカード
(国民健康保険税を口座振替で納付希望の方)