

※資格喪失後の届出は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

				受理年月日			国保番号		
種別	政府管掌健保・共済組合・船員保険 日雇労働者健保組合・組合管掌健保			資格得喪者の 被保険者証	保険者番号	記号	番号	被保険者又は組合員の届出住所	
区分	氏名	生年月日	続柄	取得年月日	喪失年月日	退職年月日	取得喪失の理由		
被保険者 又は 組合員		明・大・昭・平 ・ ・		・ ・	・ ・	・ ・	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 国保組合員 の家族		明・大・昭・平 ・ ・		・ ・	・ ・	/	1.被保険者又は組合員の資格発生に伴うもの		
		明・大・昭・平 ・ ・		・ ・	・ ・	/	2.被保険者又は組合員の資格消滅に伴うもの		
		明・大・昭・平 ・ ・		・ ・	・ ・	/	3. _____ により被扶養者に該当した		
		明・大・昭・平 ・ ・		・ ・	・ ・	/	4. _____ により被扶養者に該当しなくなった		
		明・大・昭・平 ・ ・		・ ・	・ ・	/	5.その他		
所在地 _____				上記のとおり証明します。					
証明者	名称 _____ (印)								
TEL _____				平成 _____ 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) 該当する社会保険の種別を○で囲んで下さい。  
 (4) 資格得喪者の保険証の記号・番号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、右記までお問い合わせ下さい。

- 国民健康保険の手続きに必要なものは、
- 1.世帯主の印鑑
  - 2.国民健康保険証(同世帯にすでに国保加入者がいる場合)
  - 3.年金証書(定年退職している方で年金受給者)
  - 4.身分確認できるもの(運転免許証等)
  - 5.その他( )