健康保険資格喪失証明書

保険者名	健康保険協会　○×支部
保険者番号	9999999
被保険者記号番号	123456　・　7890
住所	大洲市〇〇△△番地××
被保険者氏名	大洲　太郎
生年月日	昭和　63　年　11　月　14　日
加入期間	平成　28　年　4　月　1　日　～　令和　6　年　3　月　31　日
資格喪失日（退職日の翌日）	令和　6　年　4　月　1　日

- 保険者名・保険者番号：資格情報のお知らせ、または資格確認書などに記載されている保険者名と保険者番号を記入する。
- 被保険者記号番号：資格情報のお知らせ、または資格確認書などに記載されている記号・番号を記入する。
- 住所・被保険者氏名・生年月日：加入していた方の住所、氏名、生年月日を記入する。
- 加入期間：その保険の資格取得日と退職日を記入する。
- 資格喪失日：資格喪失日（退職の場合は翌日）を記入する。

被扶養者

氏名	続柄	性別	生年月日	喪失年月日
大洲　花子	妻	女	H　1．9．24	R　6．4．1
大洲　次郎	子	男	H　30．1．31	R　6．4．1
大洲　藤子	子	女	R　1．12．2	R　6．4．1
			．．	．．
			．．	．．

扶養の方がいた場合には、必ずこの欄も記入する。
喪失年月日は、加入していた方の資格喪失日と同じ日付を記入する。
扶養の方のみ保険が無くなる場合、被保険者の資格喪失日は記入しない。

上記のとおり証明する。

令和　　年　　月　　日

事業主
所在地　大洲市〇〇番地△△
会社名　株式会社　〇〇
代表者　代表取締役　長浜　一朗

電話　0123　－　45　－　6789

会社の所在地、会社名、代表者の名前を記入する。

★手続きは資格喪失後１４日以内に
加入手続きに必要なもの（持参していただくもの）
〇健康保険資格喪失証明書（加入期間証明書）
〇本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証など）
〇マイナンバーが確認できる書類

別世帯の方が手続きされるときは、委任状が必要です。

資格確認書　例

健康保険　　本人（被保険者）
資格確認書　　令和６年１２月２日交付

記号　123456　番号7890　枝番00

オオズ　タロウ
氏名　大洲　太郎
生年月日　昭和63年　11月14日
性別　男
資格取得年月日　平成28年4月1日
有効期限　令和11年11月30日
保険者番号　9999999
保険者名称　健康保険協会　〇×支部

資格情報のお知らせ　例

資格情報のお知らせ

あなたの加入する健康保険の情報をお知らせします。

記号	123456	番号	7890	（枝番）00
氏名	大洲　太郎			
フリガナ	オオズ　タロウ			
生年月日	昭和63年11月18日			
資格取得年月日	平成28年4月1日			
保険者名	健康保険協会　〇×支部			

登録されている個人番号
＊＊＊＊　＊＊＊＊　1234

資格情報のお知らせ
記号　123456　番号7890　枝番00
オオズ　タロウ
氏名　大洲　太郎
生年月日　昭和63年　11月14日
性別　男
資格取得年月日　平成28年4月1日
保険者番号　9999999
保険者名称　健康保険協会　〇×支部

マイナンバーカードと併せて大切に保管してください。
資格確認のお知らせのみでは受診できません。
マイナ保険証と併せて提示することで受診いただけます。