

# 健康保険等資格喪失証明書

被 保 険 者			
氏名			
生年月日	年	月	日
住所	長野県駒ヶ根市		
退職年月日	年	月	日
健康保険 資格喪失日	年	月	日
	※被扶養者の認定取消のみの場合 記入不要		
	※被扶養者の認定取消のみの場合 記入不要		
被 扶 養 者 等			
氏名	生年月日	資格喪失日 (認定取消日)	備考
	・	年 月 日	
	・	年 月 日	
	・	年 月 日	
	・	年 月 日	
	・	年 月 日	
	・	年 月 日	

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名

代表者名

電話番号

印

健康保険等の資格を喪失し、駒ヶ根市国民健康保険に加入される場合は、以下のものをお持ちいただき、市民課国保医療係へ届出をしてください。

- 申請に必要なもの
- 健康保険等資格喪失証明書
- 認め印(シャチハタ不可)
- 本人確認書類(運転免許証等)
- 通帳、通帳登録印(保険税を口座振替にて納付することを希望される方)
- 加入される方のマイナンバーが分かるもの。  
(通知カード・番号カード・マイナンバーの記載された住民票等)

国保加入に関する問い合わせ先  
駒ヶ根市 市民課 国保医療係  
0265-83-2111 (内線:321・322)