保険者番号

記号　　番号

資格 取得 喪失 証明書

久留米市国民健康保険 提出用

	氏　名	生年月日	続柄	資格期間	備　考
被保険者 組合員または		・　・	本人	(取得年月日)　・　・ ～ (喪失年月日)　・　・	
被扶養者または組合員の家族		・　・		(取得年月日)　・　・ ～ (喪失年月日)　・　・	
		・　・		(取得年月日)　・　・ ～ (喪失年月日)　・　・	
		・　・		(取得年月日)　・　・ ～ (喪失年月日)　・　・	
		・　・		(取得年月日)　・　・ ～ (喪失年月日)　・　・	
		・　・		(取得年月日)　・　・ ～ (喪失年月日)　・　・	

資格喪失の理由
(該当番号に○印をつけてください)

1．退　職　　2．後期高齢者医療該当
3．扶養基準収入超過　　4．その他(　　)

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

所 在 地 ……

保険者名
または
事業所名称　　㊞

電話　　(取扱者名　　)

※この証明は、もとの勤め先、またはその管轄の保険者(年金事務所や健康保険組合など)で受けてください。

国保の届は勤め先の健康保険の資格異動があった日から十四日以内に！

※退職による資格喪失年月日は退職日の翌日です。