

奥出雲町長 殿

資格喪失証明書

保険者名	全国健康保険協会 島根支部	健保等記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 - 0 1 2 3		
基礎年金番号	5 8 5 0 × × × × × ×				
被 保 険 者	住 所	仁多郡奥出雲町三成 3 5 8 番地 1			
	氏 名	奥出雲 太郎	性 別	男 ・ 女	
	生年月日	昭和 ・ 平成 5 5 年 5 月 5 日			
被 扶 養 者	氏 名	性 別	生 年 月 日		資格喪失年月日 (被扶養者として除外された日)
	1 奥出雲 花子	男 女	昭和 平成 5 5 年 7 月 7 日		平成 令和 ○年 4 月 1 日
	2 奥出雲 次郎	男 女	昭和 平成 2 3 年 3 月 3 日		平成 令和 ○年 4 月 1 日
	3	男 女	昭・平・令 年 月 日		平成 令和 年 月 日
	4	男 女	昭・平・令 年 月 日		平成 令和 年 月 日
5	男 女	昭・平・令 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
資格取得年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 1 2 年 1 0 月 1 日				
退職年月日	平成 ・ 令和 ○年 3 月 3 1 日				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 ・ 令和 ○年 4 月 1 日				

上記の通り証明します。

令和 ○年 4 月 1 日

事業所住所 仁多郡奥出雲町三成 1 番地

事業所名称 株式会社 ○×○×

印

電話番号 (0 8 5 4) 5 4 - × × × ×

◎他の健康保険に加入されない方は、住所地の国民健康保険に加入します。資格喪失の日から14日以内に健康福祉課（仁多庁舎）または税務課（横田庁舎）へ届け出てください。

◎届出にはこの証明書、印鑑、マイナンバーのわかるもの（世帯主を含めて全員分）、運転免許証など顔写真入りの身分証明書が必要です。

◎国民健康保険税（料）の口座振替手続のため、通帳またはキャッシュカードなど口座番号のわかるものとお届け印をお持ちください。