【国民健康保険に加入される方へ】

市区町村はマイナンバー(個人番号)を活用して、健康保険の資格喪失年月日を確認することができます。そのため**健康保険資格喪失証明書の提出を省略できる場合があります**ので、まずは、お住まいの市区町村の国民健康保険担当課にお問い合わせください。

健 康 保 険 資 格 関 係 証 明 願

被保険者等		被保険者氏名 (※資格喪失者を含む)	
記号	番号	(フリガナ)	
		生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日

現住所
〒　　－ 都道府県 電話　　(　　)

会社名 (必ずご記入ください)	

証明内容	
証明の種別	☐ 資格喪失　※会社から資格喪失届等を受理してからの証明書の発行となりますので、多少お時間を要する場合があります。 ☐ その他(　　)
資格の証明を受けたい方	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者(　　)
証明を必要とする理由(目的)	☐ 国民健康保険に加入するため ☐ 健康保険等の扶養等に加入するため ☐ その他(　　)
証明書の提出先	☐ 国民健康保険 (市区町村名:　　) ☐ ……健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ……支部 ☐ その他(　　)
備考	

受付印

※返信用封筒(送付先住所等を記入し、切手を貼付したもの。)の同封をお願いいたします。

～健保組合記入欄～(こちらの欄は記入しないでください)

資格確認書等返納	済 ・ 未	返還金	有 ・ 無

記入例

健康保険資格関係証明願

被保険者等		被保険者氏名（※資格喪失者を含む）
記号	番号	（フリガナ）ケンポ ハナコ
1234	5678	健保 花子
		生年月日 (昭和)・平成 57 年 1 月 1 日

現住所

〒 111 −8668

東京 (都)道府県 台東区柳橋1−1−5 化粧品アパート 201

電話 090（1234 ）5678

アパート・マンション名は必ずご記入ください。

日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。

会社名（必ずご記入ください）	株式会社 〇〇

勤務中または勤務されていた事業所名（本社名）をご記入下さい。任意継続の方は「任意継続」とご記入ください。

証明内容	
証明の種別	☑ 資格喪失 ☐ その他（
資格の証明を受けたい方	☐ 被保険者 ☑ 被扶養者（長男：健保 一郎 二男：健保 二郎 ）
証明を必要とする理由（目的）	☑ 国民健康保険に加入するため ☐ 健康保険等の扶養等に加入するため ☐ その他（
証明書の提出先	☑ 国民健康保険（市区町村名：台東区 ） ☐ ..... 健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ..... 支部 ☐ その他（ ）
備考	

※会社から資格喪失届等を受理してからの証明書の発行となりますので、多少お時間を要する場合があります。

ご希望の証明種別にチェックを入れてください。

対象になる被扶養者のお名前をご記入ください。

該当する理由にチェックを入れてください。

該当する提出先にチェックを入れ、提出先をご記入ください。

受付印

※返信用封筒（送付先住所等を記入し、切手を貼付したもの。）の同封をお願いいたします。

～健保組合記入欄～（こちらの欄は記入しないでください）

資格確認書等返納	済 ・ 未	返還金	有 ・ 無