

# 健康保険・年金資格(取得・喪失)証明書

|  |   |          |                |         |     |
|--|---|----------|----------------|---------|-----|
| 事業所の<br>被保険者の方へ  | ※ 必ず「①被保険者」欄及び「②被扶養者」欄に事業所(保険者)の方で直接記入した上で証明願います。<br>なお、記入漏れがある場合は、書類不備として受付ができません。 |          |                |         |     |
|  | ※ 資格喪失年月日は『退職日の翌日』となります。  |          |                |         |     |
|  | ※ 内容についてお問い合わせをすることがありますので、必ず <b>担当者氏名等</b> もご記入ください。                               |          |                |         |     |
|  | 保険者番号   | 1. 組合健保等 |                | 2. 政管健保 |     |
|  | 被保険者証(組合員証)   | 記号       |                | 番号      |     |
|  | 基礎年金番号  |          |                |         |     |
|  | 氏名  |          |                |         |     |
|  | 住所  |          |                |         |     |
|  | 生年月日  | 大正・昭和・平成 |                |         | 年月日 |
| 資格取得年月日  | 平成  |          |                | 年月日     |     |
| 資格喪失年月日  | 平成  |          |                | 年月日     |     |
| ②被扶養者  | 氏名  | 性別       | 資格(1取得・2喪失)年月日 |         |     |
|  |   | 男・女      | 平成             | 年月日     |     |
|  |   | 男・女      | 平成             | 年月日     |     |
|  |   | 男・女      | 平成             | 年月日     |     |
|  |   | 男・女      | 平成             | 年月日     |     |
| 資格喪失の理由、該当事項を○で囲んで下さい。<br>1. 自己都合退職 2. 事業主都合退職 3. 扶養認定取消し 4. 任意継続満了 5. その他( )                |   |          |                |         |     |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>福津市長殿<br>事業所(保険者)所在地<br>名 称<br>代 表 者<br>【担当者氏名: 〇〇〇〇】<br>【電話番号: 〇〇〇〇】 |   |          |                |         |     |
| 印  |   |          |                |         |     |

## ◎手続きのための注意事項

- 加入の手続きは、社会保険等の **資格喪失後14日以内** にしてください
- 手続きが遅れた場合は、**保険給付を届出日からしか受けられません。**
- 国民健康保険の資格は、届出があつてからではなく、**社会保険資格喪失日から発生しますので、国民健康保険税も社会保険資格喪失日から計算します。**手続きが遅れた場合は**最高3年さかのぼって課税**されます。

## ◎加入届出に必要なもの

- 健康保険喪失証明書 (退職した事業所のほかに、前保険証の発行元でも出してもらうことができます)
  - 身分証明書 (運転免許証・パスポート・身障者手帳・住基カード)
  - 個人番号カードまたは通知カード (世帯主+対象者)
  - 印鑑
  - 年金手帳(60歳未満の方)
  - 年金証書(65歳未満で年金受給者の方)
  - 雇用保険受給資格者証(事業主都合退職の方)
-