

健康保険資格（取得・喪失）証明書

※ 太枠を記入し、証明を受けてください。

健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 船員保険 <small>(旧政府官掌)</small>			記 号 番 号 事業主等で記載		
	住所	函館市東雲町4番13号				
被保険者	フリガナ	生年月日	資格取得年月日	資格喪失年月日 <small>(退職年月日等の翌日)</small>		
	氏名	昭平令 年 月 日	平成令 年 月 日	平成令 年 月 日		
	ケコウ 知	健康 太郎	昭平令 年 月 日	平成令 年 月 日	平成令 年 月 日	
被扶養者	ケコウ ハコ	健康 花子	昭平令 年 月 日	平成令 年 月 日	平成令 年 月 日	
			昭平令 年 月 日	平成令 年 月 日	平成令 年 月 日	
			昭平令 年 月 日	平成令 年 月 日	平成令 年 月 日	
			昭平令 年 月 日	平成令 年 月 日	平成令 年 月 日	
備考	※ 被扶養者のみ喪失する場合は、その理由を記入してください。					

◎ 加入の手続き

- 健康保険資格喪失証明書
- 本人確認できるもの
- 前年収入のわかるもの
- 個人番号確認書類

☆加入手続きは14日以内に！

加入手続きが遅れた場合でも、その間の保険料は納めることになります。



◎ 脱退の手続き

- 新しく交付された健康保険証
もしくは
健康保険資格取得証明書
- 国民健康保険証
- 個人番号確認書類

☆お問い合わせは・・・

函館市 市民部国保年金課 資格担当

TEL 21-3150・3151
〒040-8666
函館市東雲町4番13号

令和 年 月 日	事業主等で記載
保険者または事業所の所在地	印
保険者または事業所の名称および代表者の氏名	