

※本証明書は、市役所医療保険係の窓口に提出してください。

健康保険加入・喪失証明書

保険者		ア. 全国健康保険協会 北海道支部 イ. 全国健康保険協会（ ）支部 ウ. 全国土木建築国保組合 エ. 全国建設工事業国保組合 オ.（ ）健康保険組合 カ. 市町村国保 キ. その他（ ）					
保険者番号							
被 保 険 者	健康保険 記号番号	記 号			番 号		
	基礎年金 記号番号	記 号			番 号		
	氏 名		続 柄	生 年 月 日	資 格 取 得 日	資 格 喪 失 日 (退職日の翌日)	
			本人	昭・平・令 ・ ・	・ ・	・ ・	
被 扶 養 者				昭・平・令 ・ ・	・ ・	・ ・	
				昭・平・令 ・ ・	・ ・	・ ・	
				昭・平・令 ・ ・	・ ・	・ ・	
				昭・平・令 ・ ・	・ ・	・ ・	
上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日							
網走市長 様 住 所							
事業主 名 称 印							
電 話 () ー							

1. 本証明書は、国保に加入されている方が健康保険に加入されたときの国保をやめる届出及び、健康保険を喪失された方が国保と国民年金に加入する届出の際に、必要となる書類です。
2. 健康保険・厚生年金等の記号番号及び、被保険者等の項目は、事業所で明記願います。
3. 国保加入・喪失の届出は、健康保険の加入・喪失日より **14 日以内**に行わなければなりません。
4. 今まで加入された健康保険を任意継続される場合は、退職後 20 日以内に社会保険事務所または、健康保険組合、共済組合等に申請する必要があります。
5. 国保保険料を金融機関の口座からの自動引落しを希望される方は、国保加入届出の際に、金融機関の口座番号と、通帳使用の印かんをお持ち願います。
6. その他、ご不明な点がございましたら、網走市役所戸籍保険課医療保険係〔**0152-67-5415**（係直通）〕までお問合せ願います。