

この日までに届出をしてください。届出できない場合は、この用紙を持って再度来庁して下さい。日付印を押して2週間延長します。

この用紙を渡した日 年 月 日まで	相談日 (2) 年 月 日まで	相談日 (3) 年 月 日まで	国保加入相談メモ
用紙を渡した担当者	担当者	担当者	

国民健康保険加入手続について

注意：この用紙は国民健康保険の加入手続きについて説明するものであり、加入手続き中を証明するものではありません。また、この用紙で病院を受診することもできません。

- ◎ 加入手続きは、社会保険等の**資格喪失日の翌日から14日以内**に行ってください。
- ◎ 加入の手続きが遅れた場合は、**保険給付は届出日から**しか受けられなくなりますので、注意してください。(保険税は資格喪失日の月の分から納めていただきます。)
- ◎ 加入の手続きに**必要なもの**

- 健康保険等資格取得・喪失証明書** 又は **離職票 (本人のみの場合)**
 - 運転免許証等 (公的機関発行の顔写真付き証明書)** … 届出人の本人確認できるもの
 - マイナンバーカード** 又は **マイナンバー通知カード等** … 個人番号の確認できるもの
- ※この様式に代えて保険者の様式でも可。その場合被扶養者の取得喪失日の記載漏にご注意下さい。

健康保険等資格取得・喪失証明書

資格取得年月日	年 月 日
資格喪失年月日	※ 年 月 日
退職日	年 月 日

※資格喪失年月日は **退職日の翌日** となります。

健康保険証の記号・番号	記号	番号
被保険者(組合員)	住所	八代市 町
	氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

被扶養者	氏名	続柄	性別	生年月日	資格取得年月日	資格喪失の理由
					資格喪失年月日	
			男	昭和 平成 令和 年 月 日	・	
			女	昭和 平成 令和 年 月 日	・	
			男	昭和 平成 令和 年 月 日	・	
			女	昭和 平成 令和 年 月 日	・	

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

保険者所在地
(又は事業所) 名称
電話番号
代表者



この証明書は事業所又は保険者(健康保険組合、共済組合等)に提出し、証明印を受けて下さい。

提出先・お問合せ先：八代市役所 国保ねんきん課 TEL (0965) 33-4113 (直)