

保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者  
組 合 員  
被 扶 養 者

# 資 格 喪 失 証 明 書

八女市本町647番地  
八女市役所提出用

記号	番号	基礎年金番号	—			喪失日 (退職日の翌日)	備考
氏名	生年月日	続柄	被保険者又は組合員 被扶養者又は組合員の家族		の資格期間	喪失日 (退職日の翌日)	備考
又は 被 保 険 者 組 合 員		S H	本人	. . ~	. .		
被 扶 養 者 又 は 組 合 員 の 家 族		S H		. . ~	. .		
		S H		. . ~	. .		
		S H		. . ~	. .		
		S H		. . ~	. .		
		S H		. . ~	. .		
資格喪失の理由 (該当番号に○印をつけて下さい。)		1. 退職                      2. 死亡退職                      3. 扶養基準収入超過 4. 申出                      5. その他(理由 )					
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 八女市長 様		所在地 保険者名又は事業所名 電話番号					

保険者又は事業所の署名又は記名押印

この証明書は、もとの勤め先またはその所轄の保険者（年金事務所や健康保険組合など）で証明を受けてください。

異動があった日から十四日以内に！  
国保の届は勤め先の健康保険の資格