社会保険等資格喪失証明

(1)保険の種類	保険者名		(2)被保険者の	記　号	
	番　号			番　号	
(3)本人又は組合員の	住　所				
	氏　名				

(4)喪失する者	氏　名	性　別	生　年　月　日	資格喪失の年月日（退職した日の翌日）
		男　女	明・昭 大・平　・　・	平成　・　・
		男　女	明・昭 大・平　・　・	平成　・　・
		男　女	明・昭 大・平　・　・	平成　・　・
		男　女	明・昭 大・平　・　・	平成　・　・

(5)資格喪失の理由	
	1．　　のため退職
	2．扶養認定基準の所得制限に該当（制限所得　年　　円以上）
	3．　〃　の年令制限に該当（年令制限　　歳から　　歳まで）
	4．その他（具体的に）

(6)継続療養	氏　名	疾　病　名	診療開始年月日	認定された年月日
			平成　・　・	平成　・　・
			平成　・　・	平成　・　・

上記のとおり社会保険等の資格を喪失したことを証明する。

平成　　年　　月　　日　　事業所等所在

名　　称

代　表　者　　㊞

立科町長　　殿

※この証明書は、社会保険等から立科町国保へ加入するとき提出していただくものです。

※病院等で受診中の方は、保険が変わった旨、病院等へ連絡してください。