

被用者健康保険資格喪失（取得）確認願

国民健康保険の加入（脱退）のため、
下記の者の被用者保険資格状況について確認してください。

【申請書記入欄】

平成 年 月 日

住 所	長浜市 町 番 号 番地		
氏 名（本人）		生 年 月 日	年 月 日
氏 名（被扶養者）			
事 業 所	所 在 地		
	事 業 所 名		
	電 話 番 号	()	
資 格 喪 失（取得）理 由	退職（就職） ・ 被扶養者認定の不承認（承認）（どちらかに）		
事 実 発 生 日	平成 年 月 日（本人の申し立て日）		

（確認時に事実発生日が不一致なら確認者が修正のこと）

【確認者記入欄】

上記の者について、下記のとおり確認しました。

退職（就職）日・扶養取消	平成 年 月 日		
資格を喪失（取得）した日 （退職の場合は通常翌日）	平成 年 月 日（確定日）		
今まで加入していた （今回加入した） 健康保険	記 号 番 号		
	保 険 者 番 号		
	保 険 者 名	電 話 番 号	
資 格 確 認 先	事務所・保険者（どちらかに）	担 当 者	様
国 保 資 格 区 分	一 般・退 職（どちらかに）	確 認 者	

国保加入日は社保（国保総合）資格喪失日。（国保脱退日は社保資格取得日の翌日、国保組合資格取得日）