

※ご案内は、全ての決定通知書へ同封しています。

# 事業主の皆様へ

～退職された被保険者がいる場合には、「喪失証明書」の交付をお願いします～

- 退職された方が、国民健康保険に切替えをする際に「資格喪失証明書」が必要となります。被保険者が退職された場合には、下記の作成例をご参照の上、「資格喪失証明書」の交付をお願いします。（※様式は裏面をコピーの上、ご使用ください）
- 健康保険組合に加入している場合は、健康保険組合の様式にて交付してください。

＜作成例＞

事業主交付用  
(協会けんぽ版)

## 健康保険 厚生年金保険 資格喪失 証明書

保険者が、全国健康保険協会沖縄支部の場合は  
保険者番号は「01470012」です

### 1. 被保険者であった者について記入する欄

フリガナ	ケンポ タロウ		生年月日	昭 平	34年 5月 6日
氏名	健保 太郎	健保 印			
現住所	〒900-0025 那覇市壺川2-3-9				
基礎年金番号	8250-△△○○□□				7~8桁の数字
保険者番号 (協会けんぽ沖縄)	01470012	被保険者証記号番号	記号:△△△△△△△△ 番号:○○○		
取得年月日 (入社日)	昭和 平成	20年 7月 1日	喪失年月日 (退職日)	平成	26年 4月 1日 26年 3月 31日

※喪失年月日は、退職日の翌日となります。

### 2. 被扶養者であった者について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	認定年月日	解除又は喪失年月日
健保 花子	昭 平 39年 6月 2日	妻	昭 平 20年 7月 1日	昭 平 26年 4月 1日
健保 大介	昭 平 1年 9月 9日	子	昭 平 20年 7月 1日	昭 平 26年 4月 1日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日

平成 26年 4月 3日

事業所名称 (株) 那覇年金商事  
 所在地 那覇市壺川2-3-9  
 代表者名 年金 太郎  
 電話番号 098-855-1111

印