

健康保険 被保険者資格 取得 喪失 証明書 公的年金

被保険者／組合員	住 所			
	氏 名		町内会	
	生年月日	昭・平 年 月 日	性 別	男・女
	取得年月日	令和 年 月 日	喪失年月日	令和 年 月 日
	厚生年金記号番号		退職年月日	令和 年 月 日
	共済年金記号番号		健康保険記号番号	
被扶養者	氏 名	続柄	生 年 月 日	資格取得・喪失年月日
			昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日

(注) 資格取得年月日は、就職した日
資格喪失年月日は、退職した翌日の日 } を記載してください。

上記の者は健康保険・公的年金の資格を（取得・喪失）したことを証明します。

令和 年 月 日

事業主所在地
事業主名
事業主

印

新 得 町 長 様

この証明書は本人により必要の申し出があったとき、取得・喪失のいずれか不要の文字を抹消して発行して下さい。