

健康保険 資格等取得・喪失証明書

厚生年金保険

下記については、事業所の担当者が記入してください。

被 保 者	被保険者証 記号番号	(記号) (番号)	保険者番号 保険者名		基礎年金 番号		
	氏名			生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	住所	十和田市					
	健康保険（共済組合）等の 資格取得又は喪失年月日	取得した日		昭和・平成・令和 年 月 日			
退職した日		昭和・平成・令和 年 月 日					
喪失した日 (注：退職日の翌日です。)		昭和・平成・令和 年 月 日					
被 扶 養 者	氏名	性別	続柄	生 年 月 日	認 定 年 月 日		
					喪 失 年 月 日		
		男・女		昭・平・令	年 月 日	平成・令和 年 月 日	
						平成・令和 年 月 日	
		男・女		昭・平・令	年 月 日	平成・令和 年 月 日	
						平成・令和 年 月 日	
		男・女		昭・平・令	年 月 日	平成・令和 年 月 日	
						平成・令和 年 月 日	
		男・女		昭・平・令	年 月 日	平成・令和 年 月 日	
						平成・令和 年 月 日	
		男・女		昭・平・令	年 月 日	平成・令和 年 月 日	
						平成・令和 年 月 日	
	男・女		昭・平・令	年 月 日	平成・令和 年 月 日		
					平成・令和 年 月 日		
備 考							

※ 被扶養者の認定、喪失年月日を必ず記入してください。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主

印

電話番号

担当者名

十和田市役所処理欄

届出日	／	被保番号	
-----	---	------	--