

健康保険・年金の資格取得・喪失証明願

国民健康保険・国民年金の資格 取得 の届出に必要があるので、健康保険・年金
喪失

の資格を 取得 したことを証明願います。

喪失

年 月 日

願出人 住 所 岐阜市

氏 名

事 業 所 御中

事 業 主 様

きりりと
(事業所又は事業主の方が記入してください)

健康保険・年金の資格（取得・喪失）証明書

健保・組合の保険証番号	記号		番号			
基礎年金番号						
住 所		番地		内 様方		
被 保 険 者 (組合員)	氏 名	生年月日	資格取得年月日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
		
被 扶 養 者	氏 名	生年月日	性別	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日
		. .	男・女	
		. .	男・女	
		. .	男・女	
保 険 者	名称	全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国保組合			所在地	
					電話番号	-----

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事 業 所 在 地

事業所名又は事業主名 ⑩

(電 話 番 号) () -

お届けはお早めに！（14日以内にお届けください。）

健康保険・年金の資格取得・喪失証明願

本人が記入して会社に提出してください

国民健康保険・国民年金の資格 取得 の届出に必要があるので、健康保険・年金喪失

の資格を 取得 したことを証明願います。

喪失
○○年○○月○○日

願出人 住 所 岐阜市 司町 40 番地 1

氏 名 岐阜 花子

事業所 御中
事業主 様

会社が記入して本人に渡してください

（事業所又は事業主の方が記入してください）

健康保険・年金の資格（取得・喪失）証明書

健保・組合の保険証番号	記号	阜○○○	番号	○○○		
基礎年金番号	○○○○ - ○○○○○○					
住 所	岐阜市司町 40 番地		番地 1	内 様方		
被保険者 (組合員)	氏 名	生年月日	資格取得年月日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
	岐阜 花子	S35・1・7	H16・4・1		R2・3・1	
被扶養者	氏 名	生年月日	性別	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日
	岐阜 太郎	S35・2・15	男・女	夫	H16・4・1	R2・3・1
	.	.	男・女		.	.
	.	.	男・女		.	.
保険者	名称	<u>全国健康保険協会岐阜支部</u> 健康保険組合 共済組合 国保組合		所在地		
				<u>岐阜市橋本町 2-8 濃飛ニッセイビル</u> 電話番号 058-255-5155		
上記のとおり相違ないことを証明します。						
○○年○○月○○日						
事業所在地 ○○市○○町○○番地						
事業所名又は事業主名 <u>株○○会社</u> 印						
(電 話 番 号) (○○○) ○○○-○○○○						

お届けはお早めに！（14日以内にお届けください。）