

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 _____ (印)

事 業 所 御中

事 業 主 様

き り と り
(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	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日
	
	
	
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 _____ (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。）

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
〇〇年〇〇月〇〇日

願出人 住所 岐阜市 今沢町18番地

押印

氏名 岐阜 花子

印

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	阜〇〇〇	番号	〇〇〇	
基礎年金番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇				
住所	岐阜市今沢町18		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)	
	岐阜花子	S35・1・7	R2・4・1	R5・3・1	
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日
	岐阜 太郎	S35・2・15	夫	R2・4・1	R5・3・1

保険者	名称	全国健康保険協会 <u>岐阜支部</u> 健康保険組合 共済組合 国保組合		所在地	岐阜市橋本町2-8 濃飛ニッセイビル 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。

〇〇年〇〇月〇〇日

事業所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地

事業所名又は事業主名 ㈱〇〇会社

(電話番号) (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

必ず押印してください

印

お届けはお早めに！ (14日以内にお届けください。)