

健康保険・厚生年金保険 資格取得・喪失証明書

平成 年 月 日

白老町長 様

住所
事業所 名称
代表者
電話番号 () - 印

下記の者は、健康保険等の資格を **取得・喪失** したことを証明します。

被保険者住所						
氏名			男・女	昭・平 年 月 日生		
資格取得 年月日	昭・平 年 月 日		健康保険 被保険者証 (保険者名)	記号 番号 ()		
退職した日	平 年 月 日					
資格喪失日 (退職日の翌日)	平 年 月 日		厚生年金保険 記号・番号			
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄	資格取得日	資格喪失日
		S・H . .			S・H . .	S・H . .
		S・H . .			S・H . .	S・H . .
		S・H . .			S・H . .	S・H . .
		S・H . .			S・H . .	S・H . .
		S・H . .			S・H . .	S・H . .

国民健康保険及び国民年金への加入、あるいは国民健康保険から脱退される方は、この証明書と印鑑を持参して資格喪失（取得）した日から14日以内に届出をしてください。

同じ世帯に既に国保加入者がいるときは、その保険証も持参してください。

届出は、役場町民課（1階右手 2番窓口）国保・年金グループまで
お問合せ先 0144-82-2325（町民課直通）