**◎ この用紙は、事業主の方が記入してください。**

令和 年 月 日

岩　国　市　長　様

事業所の所在地

事業所の名称

（事業所の電話番号）

下記のとおり証明します。

**健康保険・被用者年金 資格（取得・喪失）証明書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険の種類  記号番号 | （協会・組合・船員・共済・日雇）健保  国保組合  （保険者番号 ） | | | | 記号 | | | | 番号 | |
| 年金等の種類  基礎年金番号 | 被用者年金（厚生年金・共済年金）  。 | | | | 基礎年金番号  ― | | | | | |
| 被保険者 | 住　　　所 |  | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | 生年月日 | 昭　・　平 | | | | |
| ・　　　・ | | | | |
| 資格取得年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 退　職　日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 資格喪失年月日  （退職日の翌日） | 平成・令和　 年　　月　　日 | | | | | 喪失理由  （退職・後期高齢加入） | | | |
| 被扶養者 | 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） | | |
|  | 昭　・　平 | 平成  令和 | ・　 ・ | | | | 平成  令和 | | ・ 　・ |
| ・　　・ |
|  | 昭　・　平 | 平成  令和 | ・　 ・ | | | | 平成  令和 | | ・ 　・ |
| ・　　・ |
|  | 昭　・　平 | 平成  令和 | ・ 　・ | | | | 平成  令和 | | ・　 ・ |
| ・　　・ |
|  | 昭　・　平 | 平成  令和 | ・　 ・ | | | | 平成  令和 | | ・ 　・ |
| ・　　・ |
| 備　　考 | **※ 被扶養者のみ喪失する場合は、その理由を記入してください。**  **※ 被保険者の自己都合による退職ですか。 （ はい ・ いいえ ）** | | | | | | | | | |