**◎ 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 ）** |