

◎ 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)					