

健康保険／厚生年金資格 取得・喪失 証明書

取得、喪失のどちらかを○で囲んでください。

被保険者	氏名	男・女（昭和・平成 年 月 日生）				
	A 住所	五所川原市				
資格取得・喪失年月日	取得	平成・令和 年 月 日	健康保険 C	記号番号		
	喪失	平成・令和 年 月 日		保険者番号		
		※退職年月日の翌日		保険者名 ※健康保険組合等の名称		
B 退職	平成・令和 年 月 日	基礎年金番号 D				
被扶養者	氏名	生 年 月 日	性別	続柄	認定された日	退職以外のときの喪失理由
					除外された日	
	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			
			平成・令和 年 月 日			
	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			
平成・令和 年 月 日						
昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日				
		平成・令和 年 月 日				
昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日				
		平成・令和 年 月 日				
上記のとおり相違ありません。						
令和 年 月 日 事業所所在地						
事業所名 印						
電話番号（ ） —						
五所川原市長						

お届けはお早めに！（14日以内にお届けください）

《記載にあたって事業所の方へお願い》

- Eの被扶養者欄は、被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。
本人の取得あるいは喪失に伴う被扶養者の認定または認定の除外があった場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でもB欄以外はすべて記入してください。また、退職以外の喪失理由は必ず記入してください。

《届け出をされる方へお願い》

- この証明書と、印鑑をご持参のうえ届け出してください。
なお、ご家族が国民健康保険に加入している場合は、その国民健康保険被保険者証を、また退職者医療制度に該当する方は年金証書も持参してください。
- 国民健康保険税は、資格が発生した日（社会保険等の資格喪失日）の属する月からの算定になります。