

健康保険（共済組合等）  
厚生年金保険（共済年金等）

資格 取得 喪失 証明書

※取得・喪失のどちらかを○で囲んで下さい。

住 所				電 話 ( )			
区 分	氏 名	生年月日	続柄	取得又は喪失年月日	取得又は喪失の事由		
被 保 険 者  (組合員)		. .		. .	1. 就職又は国保組合への加入 2. 退職又は国保組合の脱退（ 年 月 日退職） 3. その他 事由  ※ 該当番号を○で囲んで下さい。		
		. .		. .			
		. .		. .			
		. .		. .			
健康保険(共済組合等)の番号		保険者番号	保険者名称	記号・番号		基礎年金番号	

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名

電 話 ( )

印

※ 職場の健康保険をやめた方が国保に加入するときは、お勤め先（退職した方は退職した事業所）から本書にその旨を証明していただいでください。  
 職場の健康保険に加入した方は、お勤め先から本書にその旨を証明していただいで、市役所に国保から脱退する届け出をしてください。