

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)		. .	本人	. . (喪失日は退職した日の翌日)	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(平成 年 月 日退職) 3. その他 事由		
被 扶 養 者		1. 被保険者(組合員)の資格取得又は喪失に伴うもの。 2. 就職又は就労により被扶養者に該当しなくなった。 3. 収入減により被扶養者に該当した。又は収入増により被扶養者に該当しなくなった。 4. 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。