

# 資格取得及び喪失証明書

(国民健康保険加入用)

この用紙は、すべて事業所で記入してください。

- ◆取得の理由  就職  被扶養者認定
- ◆喪失の理由  退職  被扶養者認定除外 (該当理由に○をしてください)

健康保険の種類 記号・番号	保険者名				
	保険者番号		記号・番号		
基礎年金番号					
被保険者	住所				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月 日	
	資格取得年月日	退職日	資格喪失年月日 (※退職日の翌日)		
	昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日		
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者としての認定をされた年月日	被扶養者としての認定を除外された年月日
		昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日 (事業所取扱者氏名)

事業所所在地 ( )

名 称 (印) (電話 )

健康保険 厚生年金	資格取得及び喪失証明書		(国民健康保険加入用)		この用紙は、すべて事業所で記入してください。
◆取得の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就職	<input type="checkbox"/> 被扶養者認定			
◆喪失の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 被扶養者認定除外	(該当理由に○をしてください)		
健康保険の種類 記号・番号	保険者名	〇〇〇健康保険組合			
	保険者番号	〇〇〇〇	記号・番号	△△1234567	
基礎年金番号		〇〇〇〇-□□□□□□			
被保険者	住所	飯山市大字飯山 〇〇〇 番地			
	氏名	飯山 〇〇			
	生年月日	昭和・平成	〇	年	〇 月 〇 日
	資格取得年月日	退職日	資格喪失年月日 (※退職日の翌日)		
	昭和・平成 〇 年 4 月 1 日	平成 27 年 3 月 31 日	平成 27 年 4 月 1 日		
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者としての認定をされた年月日	被扶養者としての認定を除外された年月日
	飯山 〇〇	昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日	妻	平成 年 月 日	平成 27 年 4 月 1 日
	飯山 〇〇	昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日	子	平成 年 月 日	平成 27 年 4 月 1 日
		昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	平成 年 月 日
		昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明いたします。 平成 27 年 3 月 31 日 (事業所取扱者氏名)

事業所所在地 飯山市大字飯山〇〇〇番地 (印) 長野 〇〇

名 称 株式会社 〇〇 (電話 0269-〇〇-〇〇〇〇)

## 記入例

本件に関するお問い合わせは

飯山市役所  
市民環境課 国保年金係

〒389-2292 飯山市大字飯山1110番地1号

電話 (0269)62-3111  
FAX (0269)62-5990

または、住所地の市町村の  
国保(国保年金)担当窓口まで  
お気軽にお問い合わせください。

会社印でなくても、営業所長、支店長、工場長等の証明でも可。