

お 願 い

事 業 所 長
保 険 者 様

飯山市長 石 田 正 人

証 明 書 の 記 入 に つ い て

貴社（組合）の被保険者について、保険給付発生日の適正を期するため、また国民年金の適正適用につき貴社（組合）を辞めた（加入している保険が切れた）場合、及び被扶養者に異動があった場合下欄に記入していただきますようお願い申し上げます。

- 健康保険 被扶養者異動証明書
厚生年金等保険 資格喪失証明書 (にして下さい)

被保険者	住 所	飯山市	番地	被保険者証記号番号
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	

下記は被保険者が退職した場合に記入してください。				
退 職 年月日	平成	年	月	日
			資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成
				年
				月
				日

下欄は被扶養者に異動があった場合、及び被保険者が退職した場合で被扶養者がいた場合記入してください。				
被扶養者氏名	生年月日	続柄	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日
	明・大・昭・平 ・		平成 ・	平成 ・
	明・大・昭・平 ・		平成 ・	平成 ・
	明・大・昭・平 ・		平成 ・	平成 ・
	明・大・昭・平 ・		平成 ・	平成 ・

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所所在地
名称 (TEL)

㊟

事務担当者氏名