

# 資格取得及び喪失証明書

(国民健康保険加入用)

※すべて事業所が記入してください。

◆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 | 保険者名        |                |                   |                   |                     |
|         | 記号・番号       | 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・令和 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 | 令和 年 月 日       | 令和 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    |                   | 昭・平・令 年 月 日       | 令和 年 月 日            |
|         |             | 昭・平・令 年 月 日    |                   | 昭・平・令 年 月 日       | 令和 年 月 日            |
|         |             | 昭・平・令 年 月 日    |                   | 昭・平・令 年 月 日       | 令和 年 月 日            |
|         |             | 昭・平・令 年 月 日    |                   | 昭・平・令 年 月 日       | 令和 年 月 日            |
|         |             | 昭・平・令 年 月 日    |                   | 昭・平・令 年 月 日       | 令和 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

(TEL

)

## 記入例

|              |                                        |                                                   |                   |                      |                     |
|--------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------|
| 健康保険<br>厚生年金 | 資格取得及び喪失証明書                            | ※すべて事業所が記入してください。                                 |                   |                      |                     |
| (国民健康保険加入用)  |                                        |                                                   |                   |                      |                     |
| ◆取得の理由       | <input 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      | 保険者名                                   | 〇〇〇健康保険組合                                         |                   |                      |                     |
| 記号・番号        | 保険者番号                                  | 〇〇〇〇 記号・番号 〇〇〇〇 〇〇〇                               |                   |                      |                     |
| 基礎年金番号       |                                        | 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇                                       |                   |                      |                     |
| 被保険者         | 住 所                                    | 飯山市大字飯山〇〇〇番地                                      |                   |                      |                     |
|              | 氏 名                                    | 飯山 太郎                                             |                   |                      |                     |
|              | 生年月日                                   | 昭和 平成・令和 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・平・令 〇 年 〇 月 〇 日                      | 令和 〇 年 〇 月 〇 日                                    | 令和 〇 年 〇 月 〇 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 花子                                  | 昭和 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日                              | 妻                 | 昭和 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日      |
|              | 飯山 一郎                                  | 昭和 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日                              | 子                 | 昭和 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日      |
|              |                                        | 昭和 平成・令和 年 月 日                                    |                   | 昭和 平成・令和 年 月 日       | 令和 年 月 日            |
|              |                                        | 昭和 平成・令和 年 月 日                                    |                   | 昭和 平成・令和 年 月 日       | 令和 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 〇 年 〇 月 〇 日

事業所取扱者氏名 長野 桃代

事業所所在地 飯山市大字飯山〇〇〇番地

名 称 株式会社 〇〇〇

印 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

## お問い合わせ先

〒389-2292

長野県飯山市大字飯山1110番地1号

飯山市役所

市民環境課 国保年金係

TEL:(0269)67-0726(課直通)

MAIL: shiminkankyo@city.iiyama.nagano.jp

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。