社会保険等資格（取得、喪失、否認）証明書

（社会保険等の資格を喪失し国民健康保険に加入される方はこの証明書が必要です）

保険の種類	協会けんぽ・共済組合・健保組合 船員保険・雇用保険・建設国保・その他				
被保険者証の記号番号	記　号		番　号		
厚生・共済年金等の記号番号	記　号		番　号		
被保険者の本人又は組合員	住　所	坂城町大字			
	氏　名		昭・平・令	年　月　日生	男・女
	資格取得年月日	令和　年　月　日　取得			
	資格喪失年月日	令和　年　月　日　喪失			
	退職年月日	令和　年　月　日　退職			

被扶養者家族	氏　名	生　年　月　日		性別	続柄	資格得喪年月日
		昭・平・令	年　月　日	男・女		令和　年　月　日取得・喪失
		昭・平・令	年　月　日	男・女		令和　年　月　日取得・喪失
		昭・平・令	年　月　日	男・女		令和　年　月　日取得・喪失
		昭・平・令	年　月　日	男・女		令和　年　月　日取得・喪失
		昭・平・令	年　月　日	男・女		令和　年　月　日取得・喪失

備　考	（否認の場合は理由等を記入）

上記のとおり資格を（取得、喪失、否認）したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

名　称　　印

電　話

坂城町長　様

注）・証明事業所が必ず全欄記入してください。証明者以外が記入したものは無効です
　・本人が退職の場合は、資格喪失年月日は退職した日の翌日です。
　・否認の場合は、得喪年月日の記入の必要はありません。

○この証明書と一緒に持参していただくもの
　・国保被保険者証（既に加入者がいる場合）
　・マイナンバーカード、またはマイナンバー通知カード
※不明な方は、次までお問い合わせください。 坂城町役場　福祉健康課　保険係　0268-82-3111（内線133）