

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。