|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健　康　保　険　資　格  | 取 得喪 失 | 証　明　書 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 年 月 日 |
| （ 宛 先 ） 防 府 市 長 |  |  |
|  | 事業所名及び代表者氏名 |  | 印 |
| 電 話 番 号 |  | － |  | － |  |

 下記のとおり証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名称(番号) |  | （ |  | ） |
| 被 保 険 者 記 号 |  | 番 号 |  |
| 基 礎 年 金 番 号 |  |
| 被 保 険 者 住 所 |  |
| 被 保 険 者 氏 名 | 続柄 | 性別 | 生　年　月　日 | 資格(取得・喪失)年月日 |
|  |  | 男･女 | 年 月 日 | 得･喪 | 年 月 日 |
| 被　扶　養　者　名 |  |  | 男･女 | 年 月 日 | 得･喪 | 年 月 日 |
|  |  | 男･女 | 年 月 日 | 得･喪 | 年 月 日 |
|  |  | 男･女 | 年 月 日 | 得･喪 | 年 月 日 |
|  |  | 男･女 | 年 月 日 | 得･喪 | 年 月 日 |
|  |  | 男･女 | 年 月 日 | 得･喪 | 年 月 日 |
| （備考） | ※被保険者退職年月日　 年 月 日 |
|  |  |
| 注 | ①被扶養者のみ資格喪失する場合は、備考欄にその理由を具体的に記入してください。②資格喪失年月日は、退職年月日の翌日です。（退職の場合は備考欄に退職日を記入してください。） |
| この証明書は、国民健康保険及び国民年金の資格取得 (喪失) の資料となるものです。 |