

健康保険等資格取得・喪失（被扶養者認定・抹消）証明書

被保険者・組合員本人	住所											
	氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日				
	被保険者証等	保険種別	政府管掌健康保険 ・ 日雇特例被保険者 ・ 船員保険 健康保険組合 ・ 共済組合 ・ 国民健康保険組合									
		保険者名					基礎年金番号	—				
保険者番号						記号	番号					
取得・喪失日	年 月 日			退職日(退職時のみ記入)			年 月 日					
被扶養者又は家族	氏名	氏 名			生 年 月 日			本人との続柄	取得・喪失(認定・抹消)日	就・退職以外の取得・喪失理由		
	1				年 月 日				年 月 日			
	2				年 月 日				年 月 日			
	3				年 月 日				年 月 日			
	4				年 月 日				年 月 日			
	5				年 月 日				年 月 日			

【証明書を記入される方へお願い】
 ①この証明書は、事業主、社会保険事務
 所長、健保・共済・国保組合の長名で証
 明してください。
 ②新たに被保険者又は被扶養者資格を
 取得・喪失した人についてのみ御記入く
 ださい。
 ③各項目のいずれか該当するものを○で
 囲んでください。

上記のとおり証明します。

所 在 地

年 月 日

名 称

佐賀県杵島郡白石町長 様

代 表 者 名

印

連 絡 先

— —

御担当者様名

【届出をされる方へお願い】

1. 取得・喪失の日から14日以内に、下記のものを持参して、国民健康保険又は国民年金の加入手続きをしてください。
 ①この証明書、②認印、③年金手帳(国民年金手続きをされる方のみ)
2. 厚生・共済・船員等年金を受給されている方で、加入期間が20年以上、もしくは40歳以降に10年以上ある場合は、
 年金証書(裁定通知書)を持参してください。