国民年金・国民健康保険の手続き用

|  |  |
| --- | --- |
| **健康保険** | **資格取得・喪失 証明書** |
| **厚生年金保険** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **下記の者は、健康保険等の** | * **被保険者** | **の資格を** | * **取得** | **したことを証明します。** |
| * **被扶養者** | * **喪失** |

**（該当欄に✔をしてください。）**

**年　　 月　　 日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所**  **（または保険者等）** | **所在地** |  | |
| **名称** |  | |
| **代表者** | **印** | |
| **TEL** | | **担当者：** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** | | **氏名** |  | | | |
| **生年月日** | **昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　　年　　　月　　　日** | | | |
| **資格取得年月日** | | **（取得）　昭和 ・ 平成 ・ 令和　 　　年　　　月　　　日** | | | | |
| **資格喪失年月日** | | **（喪失）　昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　 年　　　月　　　日**   * **退職の場合は退職日の翌日** | | | | |
| **退職年月日** | | **（退職）　昭和 ・ 平成 ・ 令和　　 　年　　　月　　　日** | | | | |
| **健康保険の種類** | | **保険者名** |  | | | |
| **保険者番号** |  | **記号・番号** | |  |
| **基礎年金番号** | |  | | | | |
| **被扶養者** | **氏名** | | **生年月日** | **続柄** | **被扶養者として認定を取得または削除された日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |

**【記入上の注意】**

1. **証明者（事業所、保険者）が必ず全欄記入してください。**
2. **本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合は必ず記入してください。**

【裏面】　記入例

国民年金・国民健康保険の手続き用

|  |  |
| --- | --- |
| **健康保険** | **資格取得・喪失 証明書** |
| **厚生年金保険** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **下記の者は、健康保険等の** | * **被保険者** | **の資格を** | * **取得** | **したことを証明します。** |
| * **被扶養者** | * **喪失** |

**（該当欄に✔をしてください。）**

**令和　元　年 １ 月 １０日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所**  **（または保険者等）** | **所在地** | **熊本県玉名市岩崎●●●番地** | |
| **名称** | **〇〇〇株式会社**  **〇〇〇**  **株式会社之印** | |
| **代表者** | **代表取締役　　玉名　太郎　 印** | |
| **TEL　0968-●●-●●●●** | | **担当者：玉名** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** | | **氏名** | **国保　新太郎** | | | |
| **生年月日** | **昭和 ・ 平成 ・ 令和　　元　年　　１月　　２日** | | | |
| **資格取得年月日** | | **（取得）　昭和 ・ 平成 ・ 令和　 ２０年　　５月　１０日** | | | | |
| **資格喪失年月日** | | **（喪失）　昭和 ・ 平成 ・ 令和　　元　年　　７月　　１日**   * **退職の場合は退職日の翌日** | | | | |
| **退職年月日** | | **（退職）　昭和 ・ 平成 ・ 令和　　元　年　　６月　３０日** | | | | |
| **健康保険の種類** | | **保険者名** | **全国健康保険協会熊本支部** | | | |
| **保険者番号** | **０１４３０００１** | **記号・番号** | | **●●●・１２３４** |
| **基礎年金番号** | | **△△△△－１２３４５６** | | | | |
| **被扶養者** | **氏名** | | **生年月日** | **続柄** | **被扶養者として認定を取得または削除された日** | |
| **国保　花子** | | **昭・平・令　63年　8月　10日** | **妻** | **昭・平・令　元年　7月　1日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |
|  | | **昭・平・令　　年　　月　　日** |  | **昭・平・令　　年　　月　　日** | |

**【記入上の注意】**

1. **証明者（事業所、保険者）が必ず全欄記入してください。**
2. **本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合は必ず記入してください。**