

見本

健康保険・厚生年金保険 資格取得・喪失証明書

留萌市役所 市民課 保険給付係 宛
(1階2番窓口)

証明日：令和〇年〇月〇〇日
住所：留萌市幸町1丁目11番地
事業所名：留萌市役所
代表者名：留萌市長 〇〇 〇〇 ㊟
電話番号：0164-42-1805 (課代表)
担当者名：人事課 〇〇

下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格・被扶養者資格を
【 **取得** ・ **喪失** 】したことを証明します。

記

保険者名	全国健康保険協会 北海道支部			保険者番号	01010016
記号	12345678			番号	〇〇
被保険者住所	留萌市〇〇町〇丁目〇〇番地 ユーポ留萌〇〇〇号室				
被保険者	氏名	続柄	生年月日	資格取得年月日 (就職した日)	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
	留萌 太郎	本人	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日	
被扶養者 (家族)	氏名	続柄	生年月日	資格認定年月日	資格解除年月日
	留萌 花子	妻	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日	
	留萌 次郎	子	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日	

- ※国民健康保険から脱退するために必要な書類です。
- ※事業所(会社)が証明する書類のため、ご自身で記入しないでください。
- ※留萌市役所市民課ホームページにワード形式で掲載しておりますのでご活用ください。
- ※参考様式です。会社の様式がある場合はそちらを使っても差し支えありません。