**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：**

**住　　所：**

**事業所名：**

**代表者名：　　　　　　　　　　　　　　㊞**

**電話番号：**

**担当者名：**

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 | |  | | | | 保険者番号 |  |
| 記　号 | |  | | | | 番　号 |  |
| 被保険者住所 | |  | | | | | |
| 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） |
|  | | **本人** |  |  | |  |
| 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 |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |