

健康保険等 資格取得 (通知) 証明書
資格喪失

被保険者又は組合員	氏 名		個人番号					
	住 所		性別 男・女					
	生年月日		大・昭・平・令 年 月 日					
	記 号		番 号					
	資格取得 年 月 日		資 格 喪 失 年 月 日		年 月 日			
被扶養者	氏 名	性別	続柄	生 年 月 日		資格取得 資格喪失 年 月 日		
	個人番号		男・女		大・昭 平・令 年 月 日		年 月 日	
			男・女		大・昭 平・令 年 月 日		年 月 日	
			男・女		大・昭 平・令 年 月 日		年 月 日	
			男・女		大・昭 平・令 年 月 日		年 月 日	
			男・女		大・昭 平・令 年 月 日		年 月 日	
			男・女		大・昭 平・令 年 月 日		年 月 日	
			男・女		大・昭 平・令 年 月 日		年 月 日	
本 人	厚生年金保険の記号番号 船員保険の年金番号			配偶者	厚生年金保険の記号番号 船員保険の年金番号			
制 度 コード	記号(年金)		番 号		制 度 コード	記号(年金)		番 号
⑩					⑩			
<p>上記のとおり証明（通知）いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">鷹栖町長 様 事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">事 業 主 名 印</p>								

- 1 上記の資格取得・資格喪失の文字いずれか不要のものをまっ消してください。
- 2 資格取得日・喪失日・記号番号は正確に記入してください。（資格喪失日は退職日の翌日です）
- 3 被扶養者の資格取得・喪失年月日も必ず記入してください。