

健康保険 資格 取得 証明書
厚生年金保険 資格 喪失

令和 年 月 日

鳥栖市長あて

下記の者は、健康保険の 被保険者 の資格を 取得 していることを
厚生年金保険 被扶養者 の資格を 喪失 証明します。

事業所所在地

事業所名称

印

代表者

TEL(- -)担当者()

記

保険者の名称 <small>(全国健康保険協会・健康保険組合・国保組合などの名称)</small>		健康保険 被保険者証 記号・番号		記号：番号		
保険者番号				:		
被保険者住所 被扶養者		鳥栖市				
被保険者氏名 被扶養者		被保険者との続柄 性別	基礎年金番号 <small>[被保険者・配偶者のみ]</small>		資格取得年月日 資格喪失年月日 <small>(退職年月日 [被保険者のみ])</small>	資格喪失の理由
生年月日						
被保険者	天平昭令 年 月 日	本人	男	—	取) 平・令 年 月 日	1 退職 2 被保険者死亡 3 後期高齢へ移行 4 その他()
	天平昭令 年 月 日	女			喪) 平・令 年 月 日 (退職 平・令 年 月 日)	
被扶養者	天平昭令 年 月 日		男	—	取) 平・令 年 月 日	1 被保険者が退職 2 被保険者が死亡 3 被保険者が後期 4 その他() 5 扶養非該当
	天平昭令 年 月 日		女		喪) 平・令 年 月 日	
	天平昭令 年 月 日		男	—	取) 平・令 年 月 日	
	天平昭令 年 月 日		女		喪) 平・令 年 月 日	
	天平昭令 年 月 日		男	—	取) 平・令 年 月 日	
	天平昭令 年 月 日		女		喪) 平・令 年 月 日	
	天平昭令 年 月 日		男	—	取) 平・令 年 月 日	
	天平昭令 年 月 日		女		喪) 平・令 年 月 日	

注：① 被保険者本人の資格喪失年月日は、会社等を退職した日の翌日です。
② 被扶養者の資格取得・喪失年月日は、被扶養者として認定または抹消された日です。
③ 資格を取得または喪失した被保険者及び被扶養者全員の項目を必ず記入してください。
また、被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄(資格取得・喪失年月日を除く。)は記入してください。

※ 問い合わせ先：鳥栖市役所 市民環境部 国保年金課 健康保険係 TEL0942-85-3582
年金保険係 TEL0942-85-3583