

# 社会保険等の資格取得・喪失証明願

羽村市国民健康保険及び国民年金の加入・喪失の届出に必要なので、社会保険等の資格を取得・喪失したことを証明願います。

年 月 日

申請人 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

事業所事業主 様

被 保 険 者  ( 本 人 )	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	基礎年金番号			
	健康保険被保険者 記号番号	(記号)	(番号)	(枝番)
	保険者番号・保険者名	保険者番号	保険者名	
			(電話番号)	
	資格取得年月日	年 月 日		
	退職年月日	年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日			
被 扶 養 者 ( 家 族 )	氏 名	続柄	扶養(取得・喪失)日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
上記のとおり、社会保険等の資格を取得・喪失したことを証明します。				
年 月 日				
事業所所在地				
事業所名 印				
事業主名				
電話番号				
羽 村 市 長 宛				