

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喪失したことを証明願います。

年 月 日

①

申請人 住 所

氏 名

②

生年月日 年 月 日

事業所事業主 様

被 保 険 者 (本 人)	氏 名	③		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				
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

④

印

事業主名

電話番号

羽 村 市 長 宛

記入見本

※①、②は申請者が記入

①申請年月日

②申請者の住所・氏名・
生年月日

※③・④は事業主が記入

③被保険者本人の情報
※被扶養者がいる場合は、
被扶養者全員の情報も記
入してください。

④証明年月日・事業所所
在地・事業所名・事業主
名・電話番号
※必ず事業主の印を押し
てください。