

健康保険・厚生年金保険被保険者・被扶養者資格確認書

取得
喪失
(該当のものに○をしてください。)

下記の者の健康保険等の 被保険者・被扶養者 資格を _____ したことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所 所在地 _____
 名 称 _____
 代表者 _____
 電話番号 _____

被 保 険 者	氏名				昭・平・令	年	月	日
	住所	香川県さぬき市						
健 康 保 険 厚 生 年 金 保 険 資 格 得 喪 失 年 月 日	保険者 番号				取得	平成・令和	年	月 日
	保険者 名称				退職	平成・令和	年	月 日
	記号 番号			基礎 年金番号	喪失	平成・令和	年	月 日
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日			続柄	資格得喪年月日		
		昭・平・令	年	月 日		平・令	年	月 日
		昭・平・令	年	月 日		平・令	年	月 日
		昭・平・令	年	月 日		平・令	年	月 日
		昭・平・令	年	月 日		平・令	年	月 日
		昭・平・令	年	月 日		平・令	年	月 日

被扶養者が資格取得または喪失する場合は、被扶養者の資格得喪年月日の欄も必ず記入してください。
 記載に関する質問は、さぬき市国保・健康課(国保担当) Tel.0879-26-9907 までお願いします。