

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
 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。
 喪失
 (該当のものに○をしてください。)

令和 年 月 日

事業所 所在地 _____

名 称 _____

代表者 _____ 印

TEL番号 _____

被保険者	氏名		昭・平・令	年	月	日	男女
	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	取得	平成・令和	年	月	日	保険者番号	
	喪失	平成・令和	年	月	日	保 險 者 名	
	退職	平成・令和	年	月	日		
	基礎年金番号					記号番号	
被扶養者	氏名	生年月日			性別	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) TEL0879-26-9907 までお願いします。