

健康保険  
共済組合 被保険者(被扶養者)資格喪失証明書  
被用者年金

被保険者証 記 号 番 号	—	保険者番号		基礎年金 記号番号	
被 保 険 者 組 合 員	氏 名	続 柄	性 別	生 年 月 日	
		本 人	男・女	昭・平・令 年 月 日	
被 扶 養 者			男・女	昭・平・令 年 月 日	
			男・女	昭・平・令 年 月 日	
			男・女	昭・平・令 年 月 日	
			男・女	昭・平・令 年 月 日	
			男・女	昭・平・令 年 月 日	
			男・女	昭・平・令 年 月 日	
退職年月日	令和 年 月 日	資 格 喪 失 の 事 由		① 退 職	
資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日 (退職による場合は退職日の翌日)			② 扶養除外 ③ 任意継続(満了・脱退) ④ その他( )	
上記のとおり資格を喪失したことを証明する。					
令和 年 月 日					
事業所 所在地 名称 代表者 電話番号					
印					

※事業主の方へのお願い

この証明書は、国民健康保険及び国民年金の加入手続きに必要となりますので、必要事項に記入のうえ、ご本人にお渡し下さい。資格喪失の事由欄は、該当する項目を○で囲んで下さい。

- ※手続きに必要なもの
- ①被保険者(被扶養者)資格喪失証明書(本書)
  - ②年金手帳
  - ③印鑑
  - ④マイナンバー(個人番号)が分かるもの(通知カード、マイナンバーカード等)

※この手続きは、14日以内に行うこととされています。

ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

〒969-3123  
福島県耶麻郡猪苗代町字城南100番地  
猪苗代町役場 町民生活課 国保年金係  
TEL 0242-62-2114(直通)