

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	明・大 昭・平 年 月 日
被 扶 養 者				男・女	明・大 昭・平 年 月 日
				男・女	明・大 昭・平 年 月 日
				男・女	明・大 昭・平 年 月 日
				男・女	明・大 昭・平 年 月 日
				男・女	明・大 昭・平 年 月 日
退職年月日	平成 年 月 日		資 格 喪 失 の 事 由	① 退 職 ② 扶養除外 ③ 任意継続(満了・脱退) ④ その他()	
資格喪失 年月日	平成 年 月 日 (退職による場合は退職日の翌日)				
上記のとおり資格を喪失したことを証明する。					
平成 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○で囲んでください。

※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家族の中に国民健康保険に加入している方がいる場合、その国民健康保険証
- ⑤60歳から65歳までの方で厚生年金、共済年金の老齢、退職年金を受給されている方は、その受給している年金の証書(退職者医療制度該当者)

※この手続きは、14日以内に行うこととされています。
ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

〒969-5345
福島県南会津郡下郷町大字塩生字大石1000番地
下郷町役場 生活課 町民班 戸籍保険係
TEL 0241-69-1133(直通)