

《本人に渡してください》

健康保険・厚生年金資格（取得・喪失）証明書

被 保 険 者 本 人	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	健康保険 記号・番号	(保険者番号：)	基礎年金番号	
	取得年月日	年 月 日	喪失年月日	年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	取得・喪失年月日
			年 月 日	得 年 月 日
			年 月 日	喪 年 月 日
			年 月 日	得 年 月 日
			年 月 日	喪 年 月 日
			年 月 日	得 年 月 日
			年 月 日	喪 年 月 日

上記の者は、当所の健康保険・厚生年金の資格を（取得・喪失）したことを証明する。

年 月 日

事業所所在地

名 称

印

代 表 者 名

(TEL — — 担当者)

(あて先) 江 別 市 長

確認者検印