

健康保険及び厚生年金資格 取得 ・ 喪失 証明書

(取得、喪失のどちらかを○で囲んでください。)

被 保 険 者 (組 合 員)	住 所	青森県西津軽郡鰺ヶ沢町大字			
	氏 名				
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
	健 康 保 険	記 号		番 号	
	基礎年金番号	—			
	保 険 者	番 号			
		※健康保険組合等の 番号、名称	名 称		
	取得年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
	退職年月日	平成 ・ 令和 年 月 日			
喪失年月日 ※退職年月日の翌日	平成 ・ 令和 年 月 日				

被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	取得・喪失年月日
			昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日
			昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日
			昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日
			昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日
			昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日
			昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日

上記のとおり、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

鰺ヶ沢町長 殿

事業所所在地
名 称
代 表 者 氏 名
電 話 番 号

印