

健康保険・厚生年金等資格 取得・喪失 確認書

被保険者	氏 名			生年月日	昭・平・令	年	月	日
	住 所							
健 康 保 険 の 記 号 番 号				基 礎 年 金 番 号				
				—				
保 険 者 の 名 称 (保 険 者 番 号)				被保険者の資格取得・喪失年月日 (※退職の場合は退職日の翌日が資格喪失日)				
()				令和 年 月 日 取得・喪失				
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	被 扶 養 者 の 資 格 取 得 ・ 喪 失 年 月 日	備 考			
		昭・平・令 . .		. .				
		昭・平・令 . .		. .				
		昭・平・令 . .		. .				
		昭・平・令 . .		. .				

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

(宛先) 柳 井 市 長

事業所所在地

事業所名 (印)

電話番号

※この確認書は、国民健康保険または国民年金の加入・喪失手続き用で、その他の目的には使用できません。
※資格喪失年月日は、退職または死亡の際は翌日となります。