

社会保険等（組合保険）に関する証明書

被 保 険 者 氏 名			生 年 月 日	年 月 日		
被 保 険 者 住 所						
健 康 保 険	記 号			番 号		
	保 険 者 番 号					
基 礎 年 金 番 号						
被保険者本人の資格取得年月日 平成・令和 年 月 日 ※資格喪失年月日 平成・令和 年 月 日（退職の翌日） （退職年月日 平成・令和 年 月 日） ※喪失の場合、取得年月日も記入願います。						
被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	取得・喪失年月日		承認・不承認理由
			年 月 日	取得	平・令 年 月 日	所得基準 万円 以上又は以下 であるため その他
				喪失	平・令 年 月 日	
			年 月 日	取得	平・令 年 月 日	
				喪失	平・令 年 月 日	
			年 月 日	取得	平・令 年 月 日	
				喪失	平・令 年 月 日	
			年 月 日	取得	平・令 年 月 日	
			喪失	平・令 年 月 日		
上記のとおり（取得・喪失）したことを証明する。 令和 年 月 日 事業所又は会社名 所在地 代表者名 電話番号						

印

◎ 事業主へのお願い

この証明書は、国民健康保険及び国民年金の手続きに必要ですので、記入の上、本人にお渡し下さい。

★ 手続きに必要なもの

1. 社会保険等（組合保険）に関する証明書（本書）
2. 年金手帳（基礎年金番号がわかるもの）
3. 印鑑
4. 世帯主、対象者の方の個人番号がわかるもの
（個人番号カードまたは個人番号通知カード）
5. 窓口に来られる方の身元確認書類
（運転免許証、個人番号カードなど）

★ その他の手続き（加入者の中に受給者がいる場合）

1. 乳幼児及び児童医療費受給資格証
2. ひとり親家庭医療費受給者証
3. 重度心身障害者医療費受給者証
4. 自立支援医療受給者証

※手続きは原則14日以内に行ってください。

連絡先 田村市役所 市民部市民課国保年金係
 〒963-4393 田村市船引町船引字畑添 76 番地 2
 TEL0247-82-1112