**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 | | | 昭・平　　　 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　昭和・平成　　年　　月　　日  ※資格喪失年月日　　　　平成　　年　　月　　日（退職の翌日）  （退職年月日　　　　平成　　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 |
|  |  | 昭・平　　 年　　月　　日 | | 取得 | | | 昭・平　 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 | | | 平成　 年　 月　 日 | |
|  |  | 昭・平　　 年　　月　　日 | | 取得 | | | 昭・平　 年　 月　 日 | |
| 喪失 | | | 平成　 年　 月　 日 | |
|  |  | 昭・平　　 年　　月　　日 | | 取得 | | | 昭・平　 年　 月　 日 | |
| 喪失 | | | 平成　 年　 月　 日 | |
|  |  | 昭・平　　 年　　月　　日 | | 取得 | | | 昭・平　 年　 月　 日 | |
| 喪失 | | | 平成　 年　 月　 日 | |
| 上記のとおり（取得・喪失）したことを証明する。  　　　　　平成　　年　　月　　日  事業所又は会社名  所在地  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印  　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | |

* **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）

1. 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

℡0247-82-1112