

## 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 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