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　　年　月　日
※資格喪失年月日　　年　月　日（退職の翌日）
（退職年月日　　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	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	年　月　日	
			年　月　日	取得	年　月　日	
				喪失	年　月　日	
			年　月　日	取得	年　月　日	
				喪失	年　月　日	
			年　月　日	取得	年　月　日	
				喪失	年　月　日	

上記のとおり（取得・喪失）したことを証明する。
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．基礎年金番号がわかるもの
3．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）
4．窓口に来られる方の本人確認書類
　（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