

健康保険 厚生年金保険 資格取得・資格喪失等確認申請書

正

1. 申請者が記入する欄（必ず記入して下さい）

フリガナ			
氏名	Ⓜ		
現住所	〒		
続柄		電話番号	

2. 確認書を必要とする理由の該当する口にレ印をしてください。

国民健康保険の加入（脱退）手続き その他（ ）

3. 被保険者（被保険者であった者）について記入する欄（必ず記入して下さい）

フリガナ			生年月日	明 昭
氏名	Ⓜ			大 平 年 月 日
現住所	〒			
基礎年金番号				
事業所名称				
事業所所在地				
※保険者番号			※事業所記号・番号	
※取得年月日 (入社した日)	昭和 平成	年 月 日	※喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日

4. 被扶養者（被扶養者であった者）について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	※認定年月日	※解除年月日
	明 昭 大 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	明 昭 大 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	明 昭 大 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	明 昭 大 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日

○申請者が被保険者以外である場合に被保険者が記入してください。

・この申請を上記の申請者に委任します。

委任者氏名： _____ Ⓜ _____ 委任者と申請者の関係： _____

現住所： _____

(記入上の注意)

①太枠の部分を入力してください。※印の部分の記入は不要です。

②押印については本人自筆の場合は不要です。

③申請者の氏名と現住所が被保険者と同一の場合は被保険者欄の氏名と現住所の記載は不要です。

健康保険
厚生年金保険 資格取得・資格喪失等確認通知書

副

1. 申請者が記入する欄

フリガナ			
氏名	㊟		
現住所	〒		
続柄		電話番号	

2. 証明書を必要とする理由

国民健康保険の加入（脱退）手続き その他（ ）

3. 被保険者（被保険者であった者）について記入する欄

フリガナ			生年月日	明 昭
氏名	㊟			大 平 年 月 日
現住所	〒			
基礎年金番号				
事業所名称				
事業所所在地				
※保険者番号	※事業所記号・番号			
※取得年月日 (入社日)	昭和 平成 年 月 日	※喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日	

4. 被扶養者（被扶養者であった者）について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	※認定年月日	※解除年月日
	明 昭 大 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	明 昭 大 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	明 昭 大 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	明 昭 大 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日

上記のとおり相違ないことを確認しましたので通知します。

平成 年 月 日

社会保険事務所長

政府管掌健康保険の被保険者であった方又は被扶養者であった方が、国民健康保険への手続き等のため、資格喪失年月日又は被扶養者の解除年月日に関する証明を必要とする場合は、この「健康保険厚生年金保険 資格取得・資格喪失等確認申請書」（正副2通）をお近くの社会保険事務所に提出してください。

【注意事項】

- ・被保険者以外の方が申請をする場合は、委任欄(申請書下部)を必ず記入してください。
- ・社会保険事務所窓口において証明書の交付を希望される場合は、交付を受ける方の身分を確認させていただきますので、身分証明書(運転免許証等)をご持参ください。