

社保  
 健康保険・年金  
 共済  
 取得  
 喪失  
 証明書

被 保 険 者	住 所	羽幌町		
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	取得 資格 喪失 年月日	年 月 日	健康保険証 の記号番号	
		厚生年金等 の記号番号		
被 扶 養 者	氏 名	被保険者 との続柄	生 年 月 日	取 得 喪 失 年 月 日
			. .	. .
			. .	. .
			. .	. .
			. .	. .
			. .	. .

上記の通りであることを証明します。

年 月 日

住 所  
 事業主  
 名 称  
 電話番号



羽幌町長 殿

- (注) ・喪失年月日は、会社又は扶養をやめた日の翌日です。  
 ・印鑑、国民健康保険証（世帯で交付を受けているとき）、年金手帳（被扶養配偶者を含む）を持参のうえ、14日以内に届け出願します。  
 ・健康保険に加入後は国民健康保険証を使用しないでください、使用したときは後日返納していただきます。