

健康保険 厚生年金 資格喪失証明書

<p>1. 下記の者は、健康保険・厚生年金の資格を、平成・令和 年 月 日 喪失したことを証明します。 (退職日の翌日が喪失日となります)</p> <p>2. 下記の者は、健康保険・厚生年金の被扶養者として、平成・令和 年 月 日 認定を抹消されたことを証明します。</p>							
<p>令和 年 月 日作成</p> <p>事業所所在地.....</p> <p>事業所名称.....</p> <p>事業主氏名..... 印</p> <p>電話番号 () 担当者名.....</p>							
A	被保険者氏名		[大・昭・平・令 年 月 日生][男・女]				
	住所						
B	健康保険の 記号番号	記号	番号	C	基礎年金番号	記号	番号
D	被 扶 養 者	氏名	生年月日		性別	続柄	備考
			昭・平・令 年 月 日				
			昭・平・令 年 月 日				
			昭・平・令 年 月 日				

<記載にあたっての、事業所の方へお願い>

- ① この証明書は、広川町国民健康保険、国民年金の手続きに必要なものです。
- ② 喪失年月日は、退職年月日の翌日を記入してください。なお、D欄は、被扶養者がいる場合は必ず記入してください。
- ③ 2、は被扶養者として認定を抹消された場合に記入してください。なお、この場合A, B, C, D欄は必ず記入してください。
- ④ 記入にあたってのご照会は、広川町役場 住民課 国保・年金係へお願いします。

<届出をされる方へお願い>

- ご家族が国民健康保険に加入している場合は、ご家族の国民健康保険証も一緒にお持ちください。
- 厚生年金を受給していて、その加入期間が20年以上または40歳以降に10年以上ある場合は、その年金証書(年金手帳とは違います)も一緒にお持ちください。

※この手続きは14日以内に行ってください。