

社会保険資格取得証明書 (国保脱退用)

◎証明者(事業所)が必ず全欄記入してください。(証明者以外が記入したものは無効です。)

| | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------|--|
| 保険の種類 | 全国健康保険協会()支部 | | | 健康保険・共済組合などの 記号・番号 / 基礎年金番号 | | |
| | ()健康保険組合 | 記号 | 上田あいう | 番号 | 1234 | |
| | ()共済組合 | | | | | |
| | ()国民健康保険組合 | | | | | |
| 保険者番号 | 3210123 | | | 基礎年金番号 | 3760-123123 | |
| 本人又は組合員 | 住所 | 長野県上田市 大手1丁目11番16号 | | | | |
| | 氏名 | 上田 太郎 〇 | | | | |
| 取得した者 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | ◎必ず記入してください。 資格取得の年月日 (扶養認定年月日) | | |
| | 本人 上田 太郎 | 男・女 | 昭和 平成 26・12・10 | 令和 6・12・1 | | |
| | 被扶養者 上田 花子 | 男・女 | 昭和 平成 36・6・15 | 令和 6・12・1 | | |
| | 〃 | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| | 〃 | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| | 〃 | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| | 〃 | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| 上記のとおり健康保険の資格を取得したことを証明します。 | | | | | | |
| 令和 6 年 12 月 1 日 | | | | | | |
| (届出先) 上 田 市 長 | | | | | | |
| | | | 事業所所在地 | 長野県上田市踏入1丁目12番34号 | | |
| | | | 名称 | 〇×株式会社 | | |
| | | | 代表者氏名 | 代表取締役 国保 新太郎 | | |
| | | | 電話 | 0268-01-5344 | | |

◎社会保険などに加入した方及び被扶養者がいる場合、この証明書が必要です。

- この証明書と一緒に持参していただくもの
○国民健康保険被保険者証又は資格確認書・資格情報のお知らせ(加入者全員分)
○本人確認書類(官公署発行で顔写真付きのものは1点、官公署発行で氏名及び生年月日又は住所記載のものは2点)
○個人番号カード、通知カード、住民票(個人番号記載のもの)のいずれか1点
- 届出は、国保年金課又は各地域自治センターへお願いします。

※ 不明な点は、次までお問い合わせください。
上田市国保年金課 電話 (0268) 75-7121

社会保険資格取得証明書（国保脱退用）

◎社会保険などに加入した方及び被扶養者がいる場合、この証明書が必要です。

| | | | | | | |
|--|--|--------|--------------|---------------------------------------|---|--|
| 保 険 の 種 類 | 全国健康保険協会()支部 ()健康保険組合 ()共済組合 ()国民健康保険組合 | | | 健康保険・共済組合などの 記号・番号 / 基礎年金番号 | | |
| | 記号 | | 番号 | | | |
| 保険者番号 | | | | 基礎年金番号 | — | |
| 本人 又は 組合 員 | 住所 | 長野県上田市 | | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| 取 得 し た 者 | 氏 名 | 性 別 | 生 年 月 日 | ◎必ず記入してください。 資格取得の年月日 (扶養認定年月日) | | |
| | 本 人 | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| | 被扶養者 | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| | " | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| | " | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| | " | 男・女 | 昭和 平成 . . | 令和 . . | | |
| <p>上記のとおり健康保険の資格を取得したことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(届出先) 上 田 市 長</p> <p style="text-align: right;">事業所所在地 名 称 代表者氏名 電 話</p> | | | | | | |

◎証明者(事業所)が必ず全欄記入してください。(証明者以外が記入したものは無効です。)

- (1) この証明書と一緒に持参していただくもの
- 国民健康保険被保険者証又は資格確認書・資格情報のお知らせ（加入者全員分）
 - 本人確認書類（官公署発行で顔写真付きのものは1点、官公署発行で氏名及び生年月日又は住所記載のものは2点）
 - 個人番号カード、通知カード、住民票（個人番号記載のもの）のいずれか1点
- (2) 届出は、国保年金課又は各地域自治センターへお願いします。

※ 不明な点は、次までお問い合わせください。
上田市国保年金課 電話 (0268) 75-7121