

社会保険等資格取得証明書



健康保険被保険者証記号番号		記号		番号		枝番	
保険者の名称		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会愛媛支部 <input type="checkbox"/>					
基礎年金番号							
被 保 険 者 （ 本 人 ）	住所	四国中央市					
	氏名		生年 月日	昭 平 令	和 成 和	年	月 日
	年 月 日 資格取得						
被 扶 養 者	枝番	氏 名	続柄	生 年 月 日			
				昭 平 令	和 成 和	年	月 日
				昭 平 令	和 成 和	年	月 日
				昭 平 令	和 成 和	年	月 日
				昭 平 令	和 成 和	年	月 日
				昭 平 令	和 成 和	年	月 日
年 月 日 資格取得							
特定疾病療養の 有無	有・無	特定疾病療養受療者 氏名		開始年月日	年 月 日		
上記のとおり証明します。							
年 月 日							
四国中央市長 様							
事業所名							
電話番号							

* 保険の資格を取得した人全員を記入してください。

これは事業所や保険者または年金事務所が記入するものです。

記号番号は被保険者証に記載の番号を記入してください。

記入例

社会保険等資格取得証明書

得

1	健康保険被保険者証記号番号		記号	****	番号	****	枝番	**
	保険者の名称		<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会愛媛支部 <input type="checkbox"/>					
基礎年金番号		*****						
2	被保険者(本人)	住所	四国中央市 ○○町△△○○○-○ □□マンション○○○号					
		氏名	四国 ◆◆	生年月日	昭和 平成 令和	○○年○○月○○日		
3		R○○年○○月○○日 資格取得						
被 扶 養 者	枝番	氏名	続柄	生年月日				
		四国 ◆◆	妻	昭和 平成 令和	○○年○○月○○日			
				昭和 平成 令和	年 月 日			
				昭和 平成 令和	年 月 日			
				昭和 平成 令和	年 月 日			
4		R○○年○○月○○日 資格取得						
5		特定疾病療養の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	特定疾病療養受療者氏名	開始年月日		年 月 日	
5		上記のとおり証明します。 四国中央市長 様 事業所名 愛媛県四国中央市◆◆町○○○****-** 株式会社○○○ 電話番号 000-0000-0000						

* 保険の資格を取得した人全員を記入してください。

① 新しく取得された健康保険証などの記号・番号・枝番、保険者の名称、基礎年金番号を記入します。

② 被保険者(従業員様)の住所、氏名、生年月日、資格取得日を記入します。

※資格取得日をもとに国保の資格喪失日を決定しますので、正確な記入をお願いします。

③ 被扶養者が資格を取得される場合に記入します。

※本人(従業員)様のみ資格取得される場合は、記入しないでください。

(例) 従業員様の配偶者様のみ資格取得される場合「被扶養者」欄に記入し、②の被保険者(本人)欄の資格取得日は空白にします。

④ 特定疾病療養受給者証がある場合に記入します。

⑤ 事業所様の情報を記入します。(ゴム印可)

これは事業所や保険者または年金事務所が記入するものです。

記号番号は被保険者証に記載の番号を記入してください。