社会保険等資格認定証明

(1)保険の種類	保険者名		(2)被保険者の	記　号	
	番　　号			番　号	
(3)本人又は組合員の	住　　所				
	氏　　名				

(4)認定する者	氏　　名	性 別	生　年　月　日	資格認定の年月日
		男・女	昭・平・令　　・　　・	令和　　・　　・
		男・女	昭・平・令　　・　　・	令和　　・　　・
		男・女	昭・平・令　　・　　・	令和　　・　　・
		男・女	昭・平・令　　・　　・	令和　　・　　・

(5)資格認定の理由

1．新規入社等

2．扶養認定基準内の所得（基準所得　　円以下）

3．　〃　　の年齢（年齢　　歳以上）

4．その他（具体的に）

(6)継続療養	氏　　名	疾病名	診療開始年月日	認定された年月日

上記のとおり社会保険等の資格を取得したことを証明する。

令和　　年　　月　　日

事業所等所在
名　　称
代 表 者　　㊞

立 科 町 長 殿

※この証明書は、立科町国保の資格を喪失するとき提出していただくものです。

※病院等受診中の方は、保険が変わった旨、病院等へ連絡してください。