

健康保険
厚生年金 資格（取得・喪失）届
船員保険

- 全員について
 被扶養者のみ

私は、下記のとおり健保・厚生・船保の資格を（取得・喪失）したので、国民年金、国民健康保険の被保険者としての資格（取得・喪失）の手続きをしてください。

記

健保 厚生 船保 保険記号 番号
資格取得 年 月 日
資格喪失 年 月 日（退職の翌日）

| | | | | | |
|------------------|--------|----|------|-------|-----|
| 住 所 | 愛南町 番地 | | | | |
| 被保険者氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 被 扶 養 者 | 氏 名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 備 考 |
| | | | | . . | |
| | | | | . . | |
| | | | | . . | |
| | | | | . . | |
| | | | | . . | |

上記のとおり当社の被保険者資格を（取得・喪失）したことを証明します。

年 月 日

事業所名 ㊟

届人氏名 ㊟

愛南町長 殿

○注 該当箇所を記入又は○で囲んでください。