

※添付資料参考

「協力会社申告書」の
⑨健康保険等の加入状況
へ記入する番号

健康保険 本人(被保険者)
被保険者証 00098
平成21年 5月25日交付

記号 7120036 番号

氏名
生年月日
資格取得年月日

事業所所在地 結城市 若宮 1-14
事業所名称 株式会社 小倉工務店

保険者番号 01108100119
保険者名称 全国健康保険協会 茨城支部
保険者所在地 水戸市南町3-4-57

事業所整理記号 07-97 事業所番号 00756
被保険者整理番号 被保険者氏名

健康保険・厚生年金保険資格喪失確認通知書

生年月日 種別 資格喪失原因 資格喪失年月日 基礎年金番号

郵便番号 307-0017 事業所住所 結城市 若宮 1-14
事業所名称 株式会社 小倉工務店 事業主氏名 岡本 隆

平成28年 5月 9日
上記のとおり資格喪失が確認されたので通知します

日本年金機構理事長(下記)

確認 2016 5. 9

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (事業主通知用)

確認(受理)通知年月日 H250612
雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認(通知)します。

被保険者番号 [Redacted]

事業所番号 0803-613558-8

管轄区分 0

資格取得年月日 [Redacted]

被保険者氏名 [Redacted]

性別 (1男) (2女)

生年月日(元号-年月日) [Redacted] (2大正 3昭和) (4平成)

取得時被保険者種類 (1又は9 一般) (4又は5 高年齢) (2又は3 短期)

事業所名称 株式会社 小倉工務店

転勤の年月日 [Redacted]