

(児童手当用)

受給者番号\_\_\_\_\_

### 年金加入証明願

事業主様

申請者 住所 柏市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

私が、被用者年金に加入していることを証明願います。

### 年金加入証明書

(証明者)

事業所所在地 \_\_\_\_\_  
事業所名称 \_\_\_\_\_  
代表者又は責任者 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

次のとおり年金に加入していることを証明します。

令和 年 月 日

氏名											
加入年金の種類※	1. 厚生年金保険 2. _____ 共済組合 3. その他 (_____)										
基礎年金番号					—						
資格取得年月日 ※現在の勤務先で加入した年月 日を記入してください。	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から継続して加入 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日										

※加入年金の種類は、該当する箇所を記入または○で囲んでください。

- 国民年金に加入しているかたは、証明を受ける必要はありません。
- 次の健康保険に加入しているかたは、申請者の健康保険証のコピーを提出することで、「年金加入証明書」に代えることができます。
  - 〇〇健康保険組合 (国民健康保険組合を除く), ② 全国健康保険協会
  - 全国土木建築国民健康保険組合, ④ 私立学校教職員共済組合
  - 日本郵政共済組合, ⑥ 国家または地方公務員共済組合 (独立行政法人の場合)
  - 船員保険