

健康保険・厚生年金保険 資格喪失証明書

被保険者 (本人)	フリガナ				性別	生 年 月 日					
	氏 名				男・女	昭和・平成	年	月	日		
	フリガナ										
	住 所										
被保険者証記号・番号											
保 険 者	所在地										
	番 号										
	名 称										
健康保険 被扶養者	フリガナ				性別	続柄	被扶養者の資格 喪失年月日			退職以外 の場合の 喪失理由	
	氏 名	生 年 月 日									
		昭和・平成・令和			男・女		令和 月 月 日				
		年	月	日							
		昭和・平成・令和			男・女		令和 月 月 日				
		年	月	日							
		昭和・平成・令和			男・女		令和 月 月 日				
		年	月	日							
	昭和・平成・令和			男・女		令和 月 月 日					
	年	月	日								
資格取得年月日		年 月 日									
資格喪失年月日		令和 年 月 日 (退職日翌日) (令和 年 月 日退職)									
所 属											
<p>上記の職員について、健康保険・厚生年金保険の資格を喪失したことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>所在地 名称 代表者</p> <p style="text-align: center;">(担当： 電話：)</p>											

【注意】太枠内のみ記入してください。
被扶養者欄に該当がない場合には、斜線をひいてください。