資格喪失証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者（本人） | 氏名（性別） |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 　　年　 月　 日 |
| 厚生年金保険の記号番号 | 記　　号 | 番　　号 |
|  |  |
| 基礎年金番号 |  |
| 健康保険の記号番号 | 記　　号 | 番　　号 |
|  |  |
| 保険者の名称 | 名　　称 |
|  |
| 資格取得年月日 |  年 月 日 |
| 資格喪失年月日（退職日等の翌日） |  年 月 日 |
| 被扶養者（家族） | 氏　　名（性別） | 続柄 | 生　年　月　日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

上記の者は、健康保険の資格を喪失したことを証明します。

令和 年　 月　 日

事業所所在地

名称

事業主名

電話番号