

# 健康保険 厚生年金保険 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

㊞