

資格喪失証明書

年 月 日

住所 _____

氏名 _____

国民健康保険・国民年金の加入のため、下記の者は社会保険等の被保険者(被扶養者)としての資格を喪失したことを証明願います。

記

		氏名	生年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
被保険者			年 月 日	年 月 日 (退職日: 年 月 日)
	続柄	氏名	生年月日	被扶養者の認定を抹消された日
被 扶 養 者			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
備 考	社会保険等記号番号			
	厚生年金等番号			
	厚生年金等の最終納付月		年 月分まで	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所住所

事業所名称

代表者名

電話番号

印