

資格喪失 証明書

1. 被保険者であった者について記入する欄

フリガナ				生年月日	昭和				
氏名					平成	年	月	日	
現住所	〒								
基礎年金番号									
保険者番号			被保険者証記号番号	記号：				番号：	
取得年月日 (入社日)	昭和				喪失年月日	平成	年	月	日
	平成	年	月	日	(退職日)	平成	年	月	日

※被保険者証記号番号は保険証の「氏名」の上に記載されている数字となります。
※喪失年月日は、退職日の翌日となります。

2. 被扶養者であった者について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	認定年月日	喪失(解除)年月日
	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所名称
所在地
代表者名
電話番号

⑩

- ◆この証明書は、お住まいの市町村にて国民年金または国民健康保険の資格取得の届出の際にご利用ください。
◆国民年金または国民健康保険の資格取得手続きに必要な書類について、詳細はお住まいの市町村にご確認ください。