

健康保険・厚生年金保険資格喪失証明書

被 保 険 者	住 所				
	氏 名			生年月日	年 月 日
	健康保険 記号番号			厚生年金 記号番号	
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性別	年金手帳の 基礎年金番号	備 考
	配偶者	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
資 格 喪 失 年 月 日 (退職の場合は退職年月日の翌日)			平成 年 月 日		
資 格 喪 失 理 由					
<p>上記のとおり本事業所の被保険者（被扶養者）の資格喪失したことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所名</p> <p style="text-align: center;">代表者名</p> <p style="text-align: center;">T E L</p> <p style="text-align: right;">印</p>					