

健康保険 資格取得・資格喪失証明書

厚生年金保険等

被保険者氏名	(昭 平 年 月 日生)				
被保険者住所	広島県安芸郡海田町				
資格取得年月日	昭 平 年 月 日				
資格喪失年月日	平成 年 月 日 (退職 平成 年 月 日)				
基礎年金番号					
被保険者証記号			番 号		
保 険 者 番 号			保 険 者 名		
被 扶 養 者	氏 名	生年月日	続 柄	認定年月日	取消年月日
		昭 平 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 年 月 日		年 月 日	年 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

所在地 _____

事業所名 _____

代表者 _____ 印 _____

T E L () - _____

- (注) 1 被保険者の場合、退職の翌日が喪失日となります。
 2 本人以外に被扶養者が該当する場合も必ず記入してください。