健康保険・厚生年金保険資格喪失証明書

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を喪失したことを証明する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 被　保　険　者 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 健康保険資格取得日 | | 平成・令和　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 資格喪失日 | 本　人 |  | |
| 被扶養者 |  | |
| 被保険者証記号番号 | |  | |
| 基礎年金番号 | |  | |
| 事業所名 | |  | |
| 被扶養者欄 | |  | |
|  | | 続　　柄 | 生年月日 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

令和　　　年　　　月　　　日

東京都新宿区〇〇番〇〇号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　株式会社〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡