|  |  |
| --- | --- |
| 健康保険厚生年金 | 被保険者（被扶養者）資格喪失証明書 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 退職年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 資格喪失年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日（退職による場合、退職日の翌日） |
| 資格喪失事由 | （１）退職　　 （２）扶養除外　　 （３）任意継続（満了・脱退）（４）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康保険 | 記号 |  | 番号 |  |
| 年金関係 | 基礎年金番号 | － |
| 扶養者氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 備考 |
|  |  | 男・女 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 男・女 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 男・女 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 男・女 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 男・女 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 男・女 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |  |

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

事業所の所在地

及び名称