資格喪失証明書

|  |  |
| --- | --- |
|  | □社会保険　　　□健康保険　　　□共済組合 |
| 本人氏名 |  |
| 住所 | 那須烏山市 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 離職年月日 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 資格喪失年月日 | 本人 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 被扶養者 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 被保険者 | 記号番号 |  |
| 組合員 |  |
| 事業所名 |  |

被扶養者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏　名 | 生年月日 | 続柄 | 氏　名 | 生年月日 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　上記のとおりその資格を喪失したことを証明する。

　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

保険者名

または　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

事業主名

※証明書の内容は必ず保険者及び事業主にて記入のこと。