

資格喪失証明書

該当する箇所に

		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合			
本人氏名		国保太郎			
住所		那須烏山市			
生年月日		昭和・平成・令和	年	月	日
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">離職年月日</div>		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	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">社会保険等の資格を喪失した日</div>			
組合員					
事業所名					

会社等を退職した日



被扶養者氏名 ※被扶養者がいる場合に記入

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。

事業主の印

