

健康保険
厚生年金保険

資格喪失証明書

1. 被保険者であった人について記入する欄です。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
氏名					
住所					
保険者番号		保険者名称			
被保険者記号番号	記号：	番号：	基礎年金番号		
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年 月 日		
		退職年月日	年 月 日		

2. 被扶養者であった人について記入する欄です。

フリガナ	生年月日	続柄	認定年月日	抹消年月日
氏名				
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日

被保険者が資格喪失された場合、抹消年月日は資格喪失年月日と同日です。

上記のとおり、相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地	
名称	
代表者 職・氏名	
担当者 所属・氏名	
連絡先 電話番号	

◆この証明書は、お住まいの市区町村にて、国民健康保険や国民年金の手続きの際にご利用ください。

◆国民健康保険や国民年金の手続きに必要な書類については、お住まいの市区町村の各係にお問い合わせください。

◆社会保険の任意継続については、健康保険協会、健康保険組合、共済組合などにお問い合わせください。

この資格喪失証明書は、事業所（事業主）様にて記載、証明してください。