

健康保険

資格喪失証明書

厚生年金等

被保険者	住所			
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
保険者番号			基礎年金番号	—
健康保険の記号			健康保険の番号	
区分	氏名	続柄	性別	生年月日
被扶養者			男・女	年 月 日
			男・女	年 月 日
			男・女	年 月 日
			男・女	年 月 日
			男・女	年 月 日
退職年月日	年 月 日		資格喪失の事由 (1) 退職 (2) 扶養除外 (3) 任意継続 (満了・脱退) (4) その他 〔事由： 〕	
資格喪失年月日	年 月 日 (退職による場合、退職の翌日)			
上記のとおり資格を喪失したことを証明する。				
本宮市長 殿				年 月 日
事業所所在地				
事業署名				
代表者名 ⑩				
電話番号 ( )				

【事業主へのお願い】

この証明書は、国民健康保険の加入手続きに必要ですので、記入の上、本人にお渡してください。