

健康保険・厚生年金資格喪失（離職）証明書

健康保険記号番号					
基礎年金番号					
現住所					
被保険者 組合員	氏名	続柄	生年月日	資格喪失年月日	退職年月日
被扶養者					

上記のとおり健康保険の被保険者
被扶養者の資格を喪失したことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

事業所名

印

* 記載上の注意 事業所名印は社印又は公印で押印して下さい。
この証明書は事業所で記入願います。本人が記入した場合は無効となります。