

社会保険資格喪失証明書

被保険者 (本人)	氏名 (性別)	()	
	住 所		
	生 年 月 日		
	厚生年金保険の 記 号 番 号	記 号	番 号
	基礎年金番号		
	健康保険の 記 号 番 号	記 号	番 号
	保険者番号ならびに 保険者の名称	番 号	名 称
		全国健康保険協会 ○○支部	
資格取得年月日	年 月 日		
資格喪失年月日 (退職日等の翌日)	年 月 日 (年 月 日退職)		
被扶養者 (家族)	氏 名 (性別)	続柄	扶養喪失年月日

上記の者は、社会保険の資格を喪失したことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

名 称

事業主名 代表取締役

㊟

電 話 番 号