

健康保険 厚生年金保険等 被保険者資格喪失証明書

被保険者	住所	板橋区 町 丁目 番 号					
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
						退職年月日	年 月 日
						資格喪失年月日	年 月 日
被扶養者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
						資格喪失年月日	年 月 日
						資格喪失理由	
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
						資格喪失年月日	年 月 日
						資格喪失理由	
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
						資格喪失年月日	年 月 日
						資格喪失理由	
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
						資格喪失年月日	年 月 日
						資格喪失理由	

健康保険加入状況			
保険者名 <small>(健康保険組合等の名称)</small>	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会		
	支 部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共 済 組 合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合		
記 号		番 号	

厚生年金等加入状況	
年金の種類	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 船員保険
基礎年金番号	

上記のとおり証明します。

年 月 日

保険者または事業所の 所在地

名 称

電話番号

