

健康保険

取得

資格

証明書

年金

喪失

被 保 険 者 又 は 組 合 員	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	健康保険被保険者証号 の記号番号	
	厚生年金保険被保険者 手帳の記号番号	
	資 格 取 得 年 月 日	平成 年 月 日
	資 格 喪 失 年 月 日	平成 年 月 日 (退職した日の翌日)

被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日	資 格 得 喪 年 月 日
			昭 平 年 月 日	平 年 月 日
			昭 平 年 月 日	平 年 月 日
			昭 平 年 月 日	平 年 月 日
			昭 平 年 月 日	平 年 月 日
			昭 平 年 月 日	平 年 月 日
			昭 平 年 月 日	平 年 月 日
			昭 平 年 月 日	平 年 月 日

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日

事業所所在地

名 称

事 業 主

