|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者本人 | 住　　所 |  | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 昭　・　平　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 社会保険  記号番号 | （保険者番号：　　　　　　） | | | 厚生年金  記号番号 |  |
| 取得年月日 | 平成　　年　　月　　日 | | | 喪失年月日 | （退職した日の翌日）  平成　　年　　月　　日 |
| 被  扶  養  者 | 氏　　　　名 | | 続柄 | 生　年　月　日 | | 取得・喪失年月日 |
|  | |  | 昭 ・ 平  年　　月　　日 | | 得  平成　　年　　月　　日  喪 |
|  | |  | 昭 ・ 平  年　　月　　日 | | 得  平成　　年　　月　　日  喪 |
|  | |  | 昭 ・ 平  年　　月　　日 | | 得  平成　　年　　月　　日  喪 |
|  | |  | 昭 ・ 平  年　　月　　日 | | 得  平成　　年　　月　　日  喪 |
|  | |  | 昭 ・ 平  年　　月　　日 | | 得  平成　　年　　月　　日  喪 |
|  | |  | 昭 ・ 平  年　　月　　日 | | 得  平成　　年　　月　　日  喪 |

社会保険・厚生年金資格（取得・喪失）証明書

　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　（TEL　　　　－　　　　－　　　　　　担当者　　　　　　　）