健康保険・厚生年金保険喪失証明書

下記の内容により、健康保険 ・厚生年金保険の資格を喪失したことを証明する。

日付

〒

事業所　所在地

事業所名

代表者　㊞

被保険者	住　所	〒		
	氏　名			
	生年月日		性別	
資格	被保険者証記号番号		保険者番号	
	取得年月日			
	喪失年月日			

枝番	被扶養者氏名	性別	続柄	生 年 月　日	喪失年月日
01					
02					
03					
04					
05					
06					

理　由	