

社会保険等資格（喪失・否認）証明書

(この用紙は、すべて事業所で記入してください。)

(国民健康保険・国民年金 加入用)

保険者の名称 保険組合		全国健康保険協会		支部 国保・組合	保険者の番号 保険組合		
被保険者証の記号番号		記号			番号		
被保険者	住所					基礎年金番号	-
	氏名			昭・平・令	年	月	日生
資格取得日		年		月	日	資格喪失日 ※退職日の翌日	
		年		月	日		
被 扶 養 者	氏名	続柄	生	年	月	日	性別
			昭・平・令	.	.		男・女
			昭・平・令	.	.		男・女
			昭・平・令	.	.		男・女
			昭・平・令	.	.		男・女
					資格喪失年月日	認定を除外された理由	
					平成	.	.
					令和	.	.
					平成	.	.
					令和	.	.

上記のとおり資格を(喪失・否認)したことを証明します。

年 月 日

事業所所在地

名 称

事業所取扱者氏名

印

(電話)