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 保険組合 の名称		全国健康保険協会 支部 国保・組合		保険者 保険組合 の番号		
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			男 ・ 女
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	資格喪失年月日	認定を除外された理由
			昭・平・令 ・ ・	男 ・ 女	平成 令和 ・ ・	
			昭・平・令 ・ ・	男 ・ 女	平成 令和 ・ ・	
			昭・平・令 ・ ・	男 ・ 女	平成 令和 ・ ・	
			昭・平・令 ・ ・	男 ・ 女	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 ）