

健康保険資格喪失証明書

次の者は令和 年 月 日に当社を退職し、令和 年 月 日に
社会保険の資格を喪失したことを証明します。

被保険者証の記号番号	記号	番号		
住所				
被保険者 及び被扶養者	続柄	性別	生年月日	備考
		男・女	昭 平 令	
		男・女	昭 平 令	
		男・女	昭 平 令	
		男・女	昭 平 令	
		男・女	昭 平 令	
		男・女	昭 平 令	
		男・女	昭 平 令	

令和 年 月 日

事業所の
所在地

電 話

名 称

印