

社会保険資格喪失証明書

被保険者 (本人)	氏名(性別)			
	住 所			
	生 年 月 日			
	厚生年金保険の 記号番号	記 号	番 号	
	基礎年金番号			
	健康保険の 記号番号	記 号	番 号	
	保険者番号ならびに 保険者の名称	番 号	名 称	
資格取得年月日				
資格喪失年月日 (退職日等の翌日)				
被扶養者 (家族)	氏 名(性別)	続柄	扶養喪失年月日	

上記の者は、社会保険の資格を喪失したことを証明します。

平成 年 月 日

事業所所在地
名 称
事 業 主 名
電 話 番 号

印

各記号番号および資格喪失年月日が不明の場合、社会保険事務所等で確認の上ご記入下さい。