

# 社会保険等資格喪失証明願

(事業主等)

様

申請者 住所  
氏名

私が社会保険等に参加していたことを証明願います。

## 社会保険等資格喪失証明書

保険者名

健康保険証  
の記号番号

喪失年月日 令和 年 月 日資格喪失(退職の翌日)

○社会保険等加入者

【本人】

被保険者氏名 (基礎年金番号) -

【被扶養者】

被扶養者氏名 (基礎年金番号) -

被扶養者氏名

被扶養者氏名

被扶養者氏名

被扶養者氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

会社名  
(保険者名)

担当者氏名

電話