

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

健康保険証記号・番号 枝番

喪失年月日 令和 年 月 日資格喪失(退職日の翌日)

○被保険者氏名

(カナ)

生年月日

(漢字)

S・H・R

年

月

日

性別 (男 ・ 女)

住所

個人番号

○被扶養者氏名(カナ)

性別 (男 ・ 女)

(漢字)

枝番

生年月日

S・H・R

年

月

日

個人番号

○被扶養者氏名(カナ)

性別 (男 ・ 女)

(漢字)

枝番

生年月日

S・H・R

年

月

日

個人番号

※扶養者の欄が足りない場合は別途作成書類を添付してください

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