

健康保険 被保険者（被扶養者）資格喪失証明書
加入年金

被保険者	フリガナ 氏名		被保険者証	記号		番号	
	住所						
年金関係	種類	1 厚生年金 2 共済組合 3 その他（ ）	記 番	号 号			
区分	氏名		続柄	性別	生年月日		
資格喪失者	被 保 者		本 人	男 ・ 女	年	月	日
	被扶養者			男 ・ 女	年	月	日
				男 ・ 女	年	月	日
				男 ・ 女	年	月	日
				男 ・ 女	年	月	日
				男 ・ 女	年	月	日
資格喪失 年月日	年 月 日 (退職による場合は、退職日の翌日)		資格喪失 の自由	(1) 退職 (2) 扶養除外 (3) 任意継続 (満了脱退) (4) その他 ()			
退職年月日	年 月 日						
上記のとおり資格を喪失したことを証明します。							
年 月 日							
事業所の所在地							
名 称							
印							