健康保険
加入年金　被保険者（被扶養者）資格喪失証明書

被保険者	フリガナ 氏　名		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　号 番　号			

区分		氏名	続柄	性別	生年月日
資格喪失者	被　保 険　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