健康保険取得共済組合 資格証明書厚生年金喪失

山陽小野田市長 宛て		令和	年	月	日
	所在地				_
事業所 (または保険者)	名称				_
	代表者	印			
	TEL	(担当者)	

下記のとおり相違ないことを証明します。

保険者名								保	険者番	号				
記号-番号														
基礎年金番号														
被保険者	住所													
	氏名													
	生年月日	昭和		平成			年 月			B				
	資格取得年月日	昭和		平成		令和]		年	月			日	
	資格喪失年月日	昭和		平成		令和]		年	月			日	
	退職日	昭和		平成		令和]		年	月			日	
被扶養者 ——	氏	名	生年月日			資格取得日			資格喪失日					
			昭	• 平 年	· 月		3	昭・年	平 • 月	令日	昭	• 平 年	· 令 月	П
			昭	• 平 年	· 月		3	昭・年	平 • 月	令日	昭	• 平 年	· 令 月	П
			昭	• 平 年	. 月		3	昭 · 年	平 • 月	令日	昭	• 平 年	· 令 月	П
			昭	• 平 年	· 月		3	昭 •	平 • 月	令日	昭	· 平 年	· 令 月	П
			昭	• 平 年	• 月		3	昭 · 年	平 • 月	令日	昭	• 平 年	· 令 月	П

注 ①資格喪失年月日は退職年月日の翌日です。

②この証明書は、国民健康保険および国民年金の資格取得(喪失)の資料となるものです。