

退職（資格喪失）証明書

記号番号	
氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	
退職日	平成 年 月 日
資格喪失日	平成 年 月 日
備考	

上記の通り、当会社を退職（健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失）したことを証明致します。

平成 年 月 日
（証明者）

㊟

*** 本証明書は、国民健康保険・国民年金の取得時に
市町村担当窓口へ提出してください。***

被扶養者資格喪失証明書

氏名	
生年月日： 年 月 日	資格喪失日：平成 年 月 日
住所	
氏名	
生年月日： 年 月 日	資格喪失日：平成 年 月 日
住所	
氏名	
生年月日： 年 月 日	資格喪失日：平成 年 月 日
住所	
氏名	
生年月日： 年 月 日	資格喪失日：平成 年 月 日
住所	
氏名	
生年月日： 年 月 日	資格喪失日：平成 年 月 日
住所	
備考	

上記の通り、健康保険の被扶養者資格を、喪失したことを証明致します。

平成 年 月 日
（証明者）

㊟

※本証明書は、国民健康保険の資格取得時に、市町村担当窓口へ提出して下さい。