

健康保険 資格喪失 証明書

厚生年金保険

1. 被保険者であった者について記入する欄

フリガナ	キョウカイ タロウ	生年月日	昭和 平成元年 5月 10日
氏名	協会 太郎		
現住所	〒 900-0029 那覇市旭町〇〇-△-□		
基礎年金番号	〇〇〇〇-△△△□□□		
保険者番号	△△△△□□□□	被保険者証記号番号	記号：〇〇〇〇△△△△ 番号：□□□
取得年月日 (入社日)	昭和 平成26年 6月 1日	喪失年月日 (退職日)	平成28年 8月 1日 平成28年 7月 31日

* 保険者が、全国健康保険協会沖縄支部の場合の保険者番号は「01470012」となります。
 * 被保険者証記号番号は、保険証に記載されている記号番号となります。



2. 被扶養者であった者について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	認定年月日	喪失（解除）年月日
協会 花子	昭和 平成62年 6月 2日	妻	昭和 平成26年 6月 1日	昭和 平成28年 8月 1日
協会 一郎	昭和 平成26年 7月 8日	子	昭和 平成26年 7月 8日	昭和 平成28年 8月 1日
	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 28 年 8 月 1 日

事業所名称 福寿うちな～株式会社
 所在地 那覇市旭町△-□-〇
 代表者名 健康 太郎
 電話番号 098-〇〇〇-△△□□

福寿うちな株式会社印

◆この証明書は、お住まいの市町村にて国民年金または国民健康保険の資格取得の届出の際にご利用ください。
 ◆国民年金または国民健康保険の資格取得手続きに必要な書類について、詳細はお住まいの市町村にご確認ください。