

健康保険等 被保険者資格喪失証明書

被保険者	住所	板橋区 町 丁目 番 号									
	氏名	生年月日	昭和	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日	
		生年月日	平成	年	月	日	退職年月日	平成	年	月	日
		生年月日	昭和	年	月	日	資格喪失年月日	平成	年	月	日
被扶養者	氏名	生年月日	昭和	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日	
		生年月日	平成	年	月	日	資格喪失年月日	平成	年	月	日
		生年月日	昭和	年	月	日	資格喪失理由				
	氏名	生年月日	昭和	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日	
		生年月日	平成	年	月	日	資格喪失年月日	平成	年	月	日
		生年月日	昭和	年	月	日	資格喪失理由				
	氏名	生年月日	昭和	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日	
		生年月日	平成	年	月	日	資格喪失年月日	平成	年	月	日
		生年月日	昭和	年	月	日	資格喪失理由				
	氏名	生年月日	昭和	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日	
		生年月日	平成	年	月	日	資格喪失年月日	平成	年	月	日
		生年月日	昭和	年	月	日	資格喪失理由				

健康保険加入状況			
保険者名 <small>(健康保険組合等の名称)</small>	全国健康保険協会 支 部 健康保険組合 共 済 組 合 国民健康保険組合		
記 号	番 号		

厚生年金等加入状況			
年金の種類	厚生年金	共済年金	船員保険
基礎年金番号			

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

保険者または事業所の 所在地

名 称

電話番号

印