

健康保険・公的年金(厚生年金等)資格 取得 喪失 証明書

令和 年 月 日

上富良野町長 様

住 所
事業所名
代表者氏名

㊞

取得
下記のとおり、健康保険・公的年金(厚生年金等)の資格 喪失 したことを証明します。

被 保 険 者	住 所	上富良野町		
	氏 名			
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	健康保険証	健康保険者名		
		保険者番号		
		記号	番号	
	基礎年金番号			
	資格取得年月日	年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日 (退職日の翌日)			
任意継続の有無	有 (本人のみ・本人及び扶養者) 無			
被 扶 養 者 氏 名	氏 名	続柄	生 年 月 日	取 得 ・ 喪 失 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	取得 年 月 日 喪失 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	取得 年 月 日 喪失 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	取得 年 月 日 喪失 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	取得 年 月 日 喪失 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	取得 年 月 日 喪失 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	取得 年 月 日 喪失 年 月 日

※ 資格喪失の場合、資格取得年月日も記入してください。