

社会保険等資格喪失証明書



| | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------|----------------|------------|
| 健康保険被保険者証記号番号 | | 記号 | 番号 | 枝番 | |
| 保険者の名称 | | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会愛媛支部 <input type="checkbox"/> | | | |
| 基礎年金番号 | | | | | |
| 被保険者(本人) | 住所 | 四国中央市 | | | |
| | 氏名 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 | 男・女 | |
| | 令和 年 月 日 資格喪失 (令和 年 月 日 退職等) | | ※資格喪失年月日は 退職年月日の翌日となります。 | | |
| 被 扶 養 者 | 氏名 | 続柄 | 枝番 | 生年月日 | 性別 |
| | | | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 男・女 |
| | | | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 男・女 |
| | | | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 男・女 |
| | | | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 男・女 |
| | | | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 男・女 |
| 令和 年 月 日 資格喪失 | | | | | |
| 喪失事由 | | <input type="checkbox"/> 被保険者の退職 <input type="checkbox"/> | | | |
| 特定疾病療養の有無 | 有・無 | 特定疾病療養受療者氏名 | | 開始年月日 | 年 月 日 |
| 上記のとおり証明します。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 四国中央市長 様 | | | | | |
| 事業所名 | | | | | |
| 電 話 | | | | | |

* 保険の資格を喪失した人全員を記入してください。

これは事業所や保険者または年金事務所で書いてもらう用紙です。

記号番号は被保険者証に記載の番号を記入してください。

該当の□にレ点を記載してください。