

資格喪失証明書

被保険者証記号番号				
保険者番号		保険者名称		
区分	氏名	生年月日	続柄	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
被保険者			本人	
被扶養者				
被保険者資格喪失の理由		1. 退社 2. その他 ()		
被扶養者資格喪失の理由		1. 被保険者の資格喪失によるもの 2. その他 ()		

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所名 _____

代表者名 _____ (印)

津山市長殿