

健康保険
厚生年金保険

資格喪失 証明書

1. 被保険者であった者について記入する欄

フリガナ				生年月日	昭	平	年	月	日	
氏名	(印)									
現住所	〒									
基礎年金番号										
保険者番号 (協会けんぽ沖縄)	01470012	被保険者証記号番号	記号：		番号：					
取得年月日 (入社日)	昭和			喪失年月日	平成		年	月	日	
	平成		年	日	(退職日)	平成		年	月	日

※喪失年月日は、退職日の翌日となります。

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	解除又は喪失年月日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日
	昭 平 年 月 日		昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日

平成 年 月 日

事業所名称

所在地

代表者名

(印)

電話番号

この証明書は、お住まいの市長村にて

* 国民年金の資格取得の届出の際、この喪失証明書、年金手帳・印鑑等をご持参のうえ提出してください。

* 国民健康保険の資格取得の届出の際、この喪失証明書、印鑑・身分確認できるもの(運転免許証等)等を持参のうえ、提出してください。

なお、家族が国民健康保険に加入している場合は、その国民健康保険被保険者証も提出してください。

(健康保険に加入するには、退職前の健康保険に加入する任意継続と市町村が行う国民健康保険を選ぶことができますので、両者の違い等を確認してください。)