

# 取得 喪失 社会保険資格 証明書

被 保 険 者	住 所					
	氏 名				取得年月日 平成 年 月 日	
	生 年 月 日		M T S	年 月 日		(退職の翌日)  平成 年 月 日
	保 険 証	発行機関(保険者) 名称及び番号				
		記 号 番 号		記号	番号	厚生年金記号番号 —

  

被 扶 養 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日		得 喪 年 月 日
				M T S H	年 月 日	H . .
				M T S H	年 月 日	H . .
				M T S H	年 月 日	H . .
				M T S H	年 月 日	H . .
				M T S H	年 月 日	H . .
				M T S H	年 月 日	H . .

上記の者は 健康保険の資格を 取得 喪失 したことを証明します。

平成 年 月 日

事業所名  
所在地  
名称  
事業主名  
TEL

印

黒石市長 鳴海 広道 様