

**健康保険
共済組合
厚生年金** **資格** **取得** **喪失** **証明書**

山 口 市 長 様

健康保険
下記の者は、共済組合の資格を 取得 喪失 したことを証明する。
厚生年金

記

健康保険の種類 記号・番号	保険者名				保険者番号		
	記号				番号		
基礎年金番号		—					
	氏 名	生 年 月 日	続 柄	資 格 取 得 日 年 月 日	退 職 年 月 日	資 格 喪 失 日 年 月 日	
本人							
被 扶 養 者							
備 考							

- (注) ① 被扶養者のみ資格喪失される場合は、備考欄にその理由を具体的に記入してください。
② 資格喪失年月日は退職年月日の翌日です。

令和 年 月 日

保険者又は
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

㊟

* この証明書は、国民健康保険・国民年金の資格取得・喪失の資料とする。