

社会保険等資格 取得・喪失 証明書

本人	氏 名		住 所	
	生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
	記 号 番 号		保 険 者 名	
	資格取得日	年 月 日	資格喪失日 (退職日の翌日)	年 月 日

被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	資格取得日	資格喪失日
		昭 平 令 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		年 月 日	年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		年 月 日	年 月 日

上記のとおり証明します。

証 明 機 関

令和 年 月 日
生 駒 市 長 殿

所 在 地	
名 称	
代 表 者	⑩
電話番号	

(注) この証明書は、事業主・社会保険事務所長・健保組合の長・共済組合の長が証明してください。
国民健康保険は、社会保険等の資格喪失日からの加入となります。
退職による資格喪失の場合、資格喪失年月日は退職日の翌日です。