## 社会保険等資格 取得·喪失 証明書

本人	氏 名   生年月日 昭 平	· 令		年			日	住所	-						
	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	
	氏名		生年月日				続柄		資格取得日			資格喪失日			
		I	昭平	令	年	月	日			年	月	日	年	月	日
被		I	昭平	令	年	月	日			年	月	日	年	月	日
扶		I	昭平	令	年	月	日			年	月	日	年	月	日
養		I	昭平	令	年	月	日			年	月	日	年	月	日
者		I	昭平	令	年	月	日			年	月	日	年	月	日
		I	昭平	令	年	月	日			年	月	日	年	月	日
上記のる	上記のとおり証明します。 証明機関														
								所 在 地							
令和	年 月 日							名 称							
生 駒 市 長 殿						代表者							ED		
								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<u>退職日の翌日</u>です。