

健康保険
厚生年金保険

資格喪失証明書

1. 被保険者（本人）であった者について記入する欄

フリガナ			生年 月日	年 月 日
氏名				
住所				
基礎年金 番号				
保険者 番号		被保険者証 記号番号	記号：	
			番号：	
資格取得 年月日 (入社日)	年 月 日	資格喪失 年月日 (離職日の翌日)	年 月 日	年 月 日

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	喪失(解除)年月日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	年 月 日		年 月 日	年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名称
所在地
代表者名
電話番号

㊞

提出先：宗像市国保医療課
電話：0940-36-1363