

## 健康保険・厚生年金 資格取得・喪失証明書

被保険者証	記号		番号		現住所	
保険者名 (保険者番号)	( )					
被保険者 または 組合員	氏名	生年月日	性別	続柄	被保険証の資格取得・喪失日	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女	本人	年 月 日取得 年 月 日喪失	
被扶養者 または 組合員の家族	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女		年 月 日取得 年 月 日喪失	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女		年 月 日取得 年 月 日喪失	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女		年 月 日取得 年 月 日喪失	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女		年 月 日取得 年 月 日喪失	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女		年 月 日取得 年 月 日喪失	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女		年 月 日取得 年 月 日喪失	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女		年 月 日取得 年 月 日喪失	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女		年 月 日取得 年 月 日喪失	
上記のとおり証明します。						
年 月 日						
所在地						
保険者または 事業所名称						印
電話番号						
水俣市長 様						

※この書類は勤めていた会社で全項目を記入してもらって提出してください。