

社会保険資格取得喪失証明書

退職日の翌日が社会保険の資格喪失日です。

健康保険の 記号番号	高とある 123	被保険者 の住所	高松市 番町 4 丁目 3 番地 2 号		
	氏名 <small>フリガナ</small> タカマツ イチロウ	続柄	生年月日	資格の得喪日	資格の取得・喪失理由
被 保 険 者	高松 市朗	本人	昭平令 36・1・2	取得 昭和 平成 17・4・1 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先を退職 退職日 令和 □年 □月 □日 <input type="checkbox"/> 任意継続の資格喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入 <input type="checkbox"/> その他 ()
				喪失 昭和 平成 〇・〇・〇 令和	
被 扶 養 者	高松 和子	妻	昭平令 38・2・1	取得 昭和 平成 17・4・1 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者または組合員の資格喪失 下記の理由により被扶養者のみ資格喪失 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給 <input type="checkbox"/> 収入の増加 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 家族喪失 <input type="checkbox"/> その他 ()
				喪失 昭和 平成 〇・〇・〇 令和	
	昭平令 ・ ・	取得 昭和 平成 ・ ・ 令和			
		喪失 昭和 平成 ・ ・ 令和			
			昭平令 ・ ・	取得 昭和 平成 ・ ・ 令和	
				喪失 昭和 平成 ・ ・ 令和	

上記のとおり証明します。

令和△年△月△日
証明者
住所 高松市〇〇町〇丁目〇番〇号

(宛先) 高松市長
名称 株式会社 〇〇〇〇

電話 087 (〇〇〇) △△△△
担当 〇〇

- (注) 1 この証明書は、健保・共済・国保組合の理事長、事業主または年金事務所が証明してください。
 2 この証明書は、被保険者及び被扶養者の資格を取得または喪失した者について書いてください。
 3 「資格の得喪日」欄は、資格を喪失した場合、その保険の資格の取得日及び喪失日を書いてください。
 4 資格の喪失日は、勤務先を退職した日または任意継続の期間満了の日などの翌日です。
 5 「資格の取得・喪失理由」欄は、該当する□内にレ点を付してください。