

健康保険・厚生年金・共済組合(加入・離脱)証明書

被 保 険 者	住所					
	氏名					
	生年月日		昭和・平成 年 月 日			
	健康保険	種類	保険の名称			
		記号	番号			
	基礎年金番号	記号	番号			
	資格取得年月日			資格喪失年月日(退職の翌日)		
平成・令和 年 月 日			令和 年 月 日			
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日			加入・離脱年月日
			昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日		
			昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日		
			昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日		
			昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日		
			昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日		

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名

代表者名

(印)