

厚生年金・健康保険（取得・喪失）証明書

被 保 険 者	住 所							
	氏 名							
	生 年 月 日		昭和・平成		年		月	日
	保険者名称および番号		番号					
	被保険者証 記号・番号		記号		番号			
	厚生年金 記号・番号		記号		番号			
	個 人 番 号							
	資 格	取得年月日		年		月		日
		喪失年月日		年		月		日
※ 資格喪失の場合は、社会保険等を離脱(退職)した日の翌日を記入してください								
被 扶 養 者	氏 名	性別	続柄	生年月日	個人番号	取得年月日	喪失年月日	

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名

代表者氏名