

社会保険資格喪失証明書

被保険者氏名					
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
住 所					
保険者名（保険者番号）					
被保険者記号番号	記号			番号	
退職年月日	年	月	日		
資格喪失年月日	年	月	日		

被扶養者氏名	性別	生年月日	資格喪失年月日
	男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日	年 月 日

<p style="text-align: center;">上記の通り相違ありません</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所名</p>
--

※太枠内を、以前勤めていた事業所に記入してもらってください。

長野県建設国民健康保険組合

記号・番号 建 ー

組合員氏名 _____