

# 社会保険等資格喪失証明書

( 国民健康保険加入用 )

この用紙は、すべて事業所で記入してください。

資格喪失の理由・・・退職・被扶養者認定除外・その他( )

保険者 保険組合		の名称			保険者 保険組合		の番号	
被 保 険 者	住 所	佐久市				被保険者証 記号・番号		
	氏 名			年 月 日 生				
	退職年月日	年 月 日		資格喪失年月日 (注:退職日の翌日)		年 月 日		
被 扶 養 者	氏 名	生年月日		続柄	被扶養者としての認定 を除外された年月日	被扶養者としての認定 を除外された理由		
		年 月 日			年 月 日			
		年 月 日			年 月 日			
		年 月 日			年 月 日			

太枠の中には被扶養者認定除外の場合には記入の必要ありません。

上記の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所所在地

名 称

印

T E L

事業所取扱者氏名

(申請先) 佐久市長