

# 社会保険 取得・喪失 証明書

下記のものが社会保険の **被保険者・被扶養者** の資格を 年 月

日から**取得・喪失**していることを証明いたします。

保険者番号		基礎年金番号	
被保険者 記号・番号	記号	番号	
住 所	さくら市		
被保険者名		性別	生年月日 年 月 日

被扶養者氏名	続 柄	性 別	生 年 月 日	備 考
		男・女	昭・平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	

\* 資格喪失年月日とは退職した日の翌日です。

被扶養者のみ資格喪失については喪失事由を記入してください。

年 月 日

上記のとおり、相違ないことを証明する。

事業所所在地

名 称

印