

# 被保険者 資格取得・喪失証明願 被扶養者

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

下記事項について証明願います。

	氏名	続柄	生	年	月	日				
被保険者		本人	昭・平・令	年	月	日				
被扶養者			昭・平・令	年	月	日				
			昭・平・令	年	月	日				
			昭・平・令	年	月	日				
			昭・平・令	年	月	日				
			昭・平・令	年	月	日				
			昭・平・令	年	月	日				
厚生年金等の記号番号			記号			番号				
取得日	平成	年	月	日	喪失日	平成	年	月	日	
取得日			平成			年			月	日
喪失日			平成			年			月	日
保険者番号							記号		番号	
取得	被保険者取得年月日	平成		年		月		日		
	被扶養者取得年月日	平成		年		月		日		
喪失	退職又は死亡の日	平成		年		月		日		
	被保険者喪失年月日	平成		年		月		日	※喪失年月日は退職又は死亡の日の翌日	
	被扶養者喪失年月日	平成		年		月		日		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地  
事業所  
名称

印