

被保険者 資格取得・喪失証明願 被扶養者

申請者 住所 _____
氏名 _____ (印)

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	明・大・昭・平	年	月	日	
被扶養者			明・大・昭・平	年	月	日	
			明・大・昭・平	年	月	日	
			明・大・昭・平	年	月	日	
			明・大・昭・平	年	月	日	
			明・大・昭・平	年	月	日	
			明・大・昭・平	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	年	月	
日			年	月	日	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	
	被扶養者喪失年月日	平成		年	月	日	
							※喪失年月日は退職又は死亡の日の翌日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所在地
事業所
名称

印