

健康保険・厚生年金等離脱(喪失)証明書

（勤めて いる 被 保 険 者）	住 所	埼玉県入間市		
	氏 名			男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 生

健康保険名		記号番号	
-------	--	------	--

基礎年金番号	—
--------	---

資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日	退職年月日	平成・令和 年 月 日
---------	----------------------------	-------	----------------------------

[illegible]

本人の前年中における給与支払報告書の支払金額及び給与所得控除後の金額	支払金額	給与所得控除後金額
	円	円

上記のとおり	健康保険を離脱 厚生年金資格を喪失	したことを証明します。
年	月	日
事業所所在地		
事業所名称		
代表者氏名		印
電話番号		

受付年月日	年 月 日	国保記号番号	—
-------	-------	--------	---

会社確認	健保確認	年金事務所確認		担当者印	
------	------	---------	--	------	--