

# 資格喪失証明書

該当に○印		被 保 険 者		共 済 組 合 員	
区 分					
住 所	宇都宮市				
氏 名					
生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	
退職した日		年	月	日	
資格喪失 した日	本 人		年	月	日
	被扶養者		年	月	日
被保険者証・共済組合員証 記 号 番 号					
基 礎 年 金 番 号					
事 業 所 名					

被 扶 養 者 氏 名

続 柄	氏 名	生 年 月 日	続 柄	氏 名	生 年 月 日

上記のとおりその資格を喪失したことを証明する。

年 月 日

事業所名

印

- ※ 1. 証明書の内容は必ず事業所にて記載のこと。  
 2. 被扶養者氏名欄の余白は斜線で抹消すること。