

# 被保険者 資格 取得 喪失 証明書 被扶養者

下記の者が 保険の 被保険者 被扶養者 の資格を  
平成 年 月 日から 取得 喪失 していることを証明します。

保 険 組 合 名							
被 保 險 者 証 の 記 号	番 号					番 号	
記 号 番 号						番 号	
厚 生 年 金 証 の 記 号	番 号					番 号	
被 保 險 者 氏 名	被 保 險 者 性 別	生 年 月 日	継 続 給 付				
被 扶 養 者	と の 続 柄		傷 病 名 期 間				
平成 年分	給与収入額	円					
使 用 目 的							

平成 年 月 日

住 所  
事業所 氏 名 印

双葉町長 様

注意 退職年月日の翌日が保険喪失年月日となります。