資格喪失証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 東京都○○区○○４-５-６ |
| 氏　　名 | ○○　○○ |
| 退職年月日 | ○年○月○日 |
| 社会保険記号番号 | ○○○○○○ |
| 被扶養者氏名 | ○○　○○ |
|  | 健康保険　厚生年金保険 | 雇用保険 |
| 資格取得年月日 | ○年○月○日 | ○年○月○日 |
| 資格喪失年月日 | ○年○月○日 | ○年○月○日 |

上記のとおりであることを証明いたします。

平成○年○月○日

住所　東京都○○区○○１-２-３

株式会社　○○

　代表取締役　○○　○○　　　　　印