資格喪失証明書

下記の者は、当社を退職し、健康保険及び厚生年金保険の被保険者資格を喪失したことをここに証明いたします。

住　　　所　　　東京都○○区○○４-５-６

氏　　　名　　　○○　○○

退職年月日　　　○年○月○日

資格喪失日　　　○年○月○日

健康保険保険者　全国健康保険協会東京支部

被保険者の記号番号　○○○-○○

平成○年○月○日

住所　東京都○○区○○１-２-３

株式会社　○○

代表取締役　○○　○○　　　　　印