

# 資格取得・資格喪失証明書

(被保険者・共済組合員)

	被保険者	共済組合員
住所	栃木県塩谷郡高根沢町	
氏名		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
資格取得年月日	年 月 日	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年 月 日	
被保険者証記号番号		
保険者名		
備考		

(必要事項以外には、斜線をしてください。)

(被扶養者)

続柄	氏名	生年月日	認定年月日	喪失年月日	備考
		明昭 大平 年 月 日	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日	

上記のとおり、証明します。

平成 年 月 日

事業主名



※証明書の内容は、必ず事業所で記載してください。