

門真市長 あて

健康保険
厚生年金保険
資格（取得・喪失）証明書

被保険者について記入する欄

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
氏 名					
現住所	〒 —				
保険者名		保険者番号			
被保険者記号		被保険者番号			
基礎年金番号					
取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 令和	年 月 日

被扶養者について記入する欄

氏 名	生年月日	続柄	認定年月日	解除年月日	
	昭和 平成 令和		年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	昭和 平成 令和		年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	昭和 平成 令和		年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	昭和 平成 令和		年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日

上記の通り証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

電話番号

⑩