被 用 者 保 険 資 格 喪 失 証 明 書

被　保　険　者　氏　名		続 柄	生　年　月　日
		本人	
被扶養者			

資格喪失日　　年　　月　　日

（退職日　　年　　月　　日）

上記の日付にて被用者保険資格が喪失したことを証明する。

光　市　長　　殿

令和　　年　　月　　日

所在地

事業所名