

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