

健康保険・厚生年金保険
被保険者在職証明書

| | | | |
|----------------------|-------|----------|-------|
| 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 住所 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 健康保険記号番号 | | 厚生年金手帳番号 | |
| 保険者名 | | | |
| 取得年月日 | 年 月 日 | 喪失年月日 | 年 月 日 |
| 退職理由・・ | | | |
| 被扶養者 | | | |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| 上記の通り相違ないことを証明いたします。 | | | |
| 平成 年 月 日 | | | |
| 所在地 | | | |
| 事業所名 | | | |
| 代表者名 | | | |
| 印 | | | |