

社会保険等（加入・離脱）証明書

保険者名称(番号)			
被保険者記号		番号	
基礎年金番号			

被保険者 又は 組合員	住所				
	フリガナ			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	加入年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	離脱年月日	平成・令和	年	月	日 (注)退職日の翌日

	フリガナ	性別	続柄	生年月日			加入 離脱 年月日		
	氏名								
被扶養者		男		昭・平・令			加		
		女					離		
		男		昭・平・令			加		
		女					離		
		男		昭・平・令			加		
		女					離		
		男		昭・平・令			加		
		女					離		
		男		昭・平・令			加		
		女					離		
		男		昭・平・令			加		
		女					離		

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

(あて名) 伊 達 市 長

所 在 地
保 險 者 名 称
(事業所) 代表者氏名
電 話 () -

(印)