健康保険資格喪失証明書

保険者番号	06132948	記号	9999	番号	567

被保険者	氏　名	東薬　太郎	資格喪失日	令和	4	年	9	月	1	日
	生年月日	昭和45年11月1日	退職日	令和	4	年	8	月	31	日
	住　所	千代田区永田町2-17-2-101	基礎年金番号（省略可）							

	氏　　名	生　年　月　日	続柄	扶養削除日	備　考
被扶養者	東薬　一郎	平成11年9月1日	子	令和4年9月1日	
	東薬　二郎	平成14年8月1日	子	令和4年9月1日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　4　年　9　月　10　日

事業所名称　東薬株式会社

事業所所在地　埼玉県和光市下新倉6-7-28

代表者名　薬業　太郎

電話番号　048-461-7605

印㊞ 事業主

◆この証明書は、事業所で記入し押印してください。
◆この証明書は、お住いの市区町村にて国民年金または国民健康保険の資格取得手続きなどにご利用ください。