

# 国民年金基金 資格喪失届

0701

加入員番号				氏名(フリガナ)				生年月日			
5	1	0	0					5:昭和	年	月	日
								7:平成			
郵便番号				住所				電話番号			
資格喪失年月日				令和	年	月	日	喪失理由	05		

○ 歯科医師による証明

上記の者は、令和 年 月 日付をもって、

歯科診療所の業務に従事する者でなくなり、当診療所を退職したことを証明します。

令和 年 月 日

診療所住所

診療所名

歯科医師

○ または、雇用保険の離職票または資格喪失確認通知書の写しを添付してください。

上記の通り届け出します。	
	令和 年 月 日
加入員氏名	
	自署してください