

健康保険離脱証明書

年 月 日

登別市長 様

住 所
 名 称
 保険者 (事業所) 代 表 者 印
 電 話 番 号 () -
 担 当 者 氏 名

下記の者は健康保険等の資格を喪失したことを証明します。

被 保 者	被 保 険 者 住 所					
	氏 名		性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日
	資 格 取 得 日	年 月 日				
	退 職 し た 日	年 月 日				
	資 格 喪 失 日 (退職日の翌日)	年 月 日				
保 険 者	雇 用 保 険 加 入 の 場 合 の 離 職 理 由					
	健 康 保 険 被 保 険 者 証 保 険 者 名	記 号				
		番 号				
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部名:) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 (名称:) <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 (名称:) <input type="checkbox"/> その他の保険者 (名称:)				
基 礎 年 金 番 号						
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	資 格 取 得 日	資 格 喪 失 日
		. .	男・女	
		. .	男・女	
		. .	男・女	
		. .	男・女	

〔退職された皆様へ〕

・退職された場合、国民健康保険加入の届出を退職後14日以内になさなければなりません。加入の際には、当証明書と本人確認書類を持って、国民健康保険担当窓口、各支所にて手続きをしてください。

〔事業主の皆様へ〕

・この証明書は、すべて保険者又は事業主の方が記入し、公印若しくは代表者印を押してください。なお、通常、**資格喪失年月日は退職日の翌日**となります。