

健康保険離脱証明書(記載例)

年 月 日

登別市長 様

住所 登別市中央町6丁目11番地
名称 O△×株式会社
代表者 代表取締役 登別 太郎
電話番号 (0143) △△ - □□□□
担当者氏名 登別 花子



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	登別市〇〇町〇丁目〇〇番地〇					
	氏名	登別 一郎	性別	男(女)	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	資格取得日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日					
	退職した日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日					
	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日					
保 険 者	雇用保険加入の場合の離職理由	※雇用保険受給予定者のみ記入してください。					
	健康保険被保険者証	記号	1000000				
		番号	10				
		保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部名: 北海道支部) <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	※年金番号がわかる方は記入してください						
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄	資格取得日	資格喪失日	
	登別 優子	S58・10・20	男(女)	妻	H00・00・00	R00・00・00	
	登別 次郎	H20・10・20	男(女)	子	H00・00・00	R00・00・00	
		・	男・女		・	・	
		・	男・女		・	・	

※もれなく記入してください

※もれなく記入してください

※被扶養者がいる場合もその方についても記入してください

〔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。