

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