

健康保険（加入・脱退）証明書

健康保険		記 号			番 号		
保険者名称					保険者番号		
被 保 険 者	住 所						
	氏 名		続柄	生 年 月 日		資格取得年月日	
						資格喪失年月日	
			本人	昭・平 令	年 月 日	昭・平 令	年 月 日
						昭・平 令	年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		続柄	生 年 月 日		資格取得年月日	
						資格喪失年月日	
				昭・平 令	年 月 日	昭・平 令	年 月 日
						昭・平 令	年 月 日
				昭・平 令	年 月 日	昭・平 令	年 月 日
						昭・平 令	年 月 日
				昭・平 令	年 月 日	昭・平 令	年 月 日
						昭・平 令	年 月 日
				昭・平 令	年 月 日	昭・平 令	年 月 日
						昭・平 令	年 月 日
上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 事業所又は保険者 所 在 地 名 称 代表者氏名 電 話 番 号 （ ） ー 担当者名： (印)							

<事業所又は保険者の皆様へ>
 この証明書は、すべて事業所又は保険者の方が記入し押印してください。退職による脱退の場合、資格喪失年月日は退職日の翌日となります。証明書は、この様式によらなくとも差し支えありません。

<国民健康保険へ加入予定の皆様へ>
 国民健康保険加入の届出は、資格喪失年月日から 14 日以内に行ってください。届出が遅れると、届出日前日までの医療費は、原則全額自己負担となりますのでご注意ください。

加入の届出には、脱退証明書が必要となります。事業所又は健康保険の保険者（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合）の証明を受け、お住まいの区の区役所保険年金課へ提出してください。

※協会けんぽの場合、証明書は年金事務所に請求してください。

<勤務先の健康保険の任意継続について>
 任意継続する場合、この証明書は使用しません。退職の翌日から 20 日以内に、これまで加入していた健康保険の保険者（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合）へ申請が必要です。詳細は健康保険の保険者へお問い合わせください。

健康保険（加入・脱退）証明書

健康保険	記号	000	番号	0000
保険者名称	〇〇健康保険組合		保険者番号	00000000
被保険者	住所	札幌市北区北〇西〇丁目 〇マンション〇号		
	氏名	続柄	生年月日	資格取得年月日 資格喪失年月日
	札幌 田朗	本人	昭・平 50年1月1日 令	昭・平 16年4月1日
				昭・平 元年5月1日 令
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	資格取得年月日 資格喪失年月日
	札幌 花子	妻	昭・平 53年3月9日 令	昭・平 16年4月1日
				昭・平 元年5月1日 令
			昭・平 年 月 日 令	昭・平 年 月 日 令
			昭・平 年 月 日 令	昭・平 年 月 日 令
			昭・平 年 月 日 令	昭・平 年 月 日 令
			昭・平 年 月 日 令	昭・平 年 月 日 令
			昭・平 年 月 日 令	昭・平 年 月 日 令
			昭・平 年 月 日 令	昭・平 年 月 日 令
	上記のとおりであることを証明します。			
令和 元 年 5 月 10 日				
事業所又は保険者 所在地 札幌市中央区〇〇〇				
名称 △△△株式会社				
代表者氏名 あいう えお				
電話番号 (011) 000 - 0000 担当者名：かきくけこ				

<事業所又は保険者の皆様へ>

この証明書は、すべて事業所又は保険者の方が記入し押印してください。退職による脱退の場合、資格喪失年月日は退職日の翌日となります。証明書は、この様式によらなくとも差し支えありません。

<国民健康保険へ加入予定の皆様へ>

国民健康保険加入の届出は、資格喪失年月日から14日以内に行ってください。届出が遅れると、届出日前日までの医療費は、原則全額自己負担となりますのでご注意ください。

加入の届出には、脱退証明書が必要となります。事業所又は健康保険の保険者（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合）の証明を受け、お住まいの区の区役所保険年金課へ提出してください。

※協会けんぽの場合、証明書は年金事務所に請求してください。

<勤務先の健康保険の任意継続について>

任意継続する場合、この証明書は使用しません。退職の翌日から20日以内に、これまで加入していた健康保険の保険者（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合）へ申請が必要です。詳細は健康保険の保険者へお問い合わせください。