

# 健康保険（脱退）証明書

健康保険の名称		記号	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	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
被 扶 養 者			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日

上記のとおりであることを証明します。

(あて先) 札幌市職員共済組合理事長

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

〒 —

(事業主) 所在地 \_\_\_\_\_

事業所名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_