

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	昭和 平成	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	
			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 () - 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又は事業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。