

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	札幌市中央区南〇西〇丁目 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
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 16年4月1日 元年5月1日
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	昭 ^平 令 16年4月1日 元年5月1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。				
事業所又は保険者所在地 札幌市中央区〇〇〇			令和元年 5 月 10 日	
名称 △△△株式会社				
代表者氏名				
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。