

健康保険 加入 証明書 離 脱

被 保 険 者	住 所					
	氏 名					男 ・ 女
	生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令		年		月 日
	記 号			番 号		
	資格（取得・喪失）年月日	年 月 日		年金	記号	
	退職年月日	年 月 日		取得 喪失	番号	
被 扶 養 者	氏 名	被保険者 との続柄	生 年 月 日		加 入 ・ 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	

※資格喪失日は退職した翌日で、被保険者証が使用できなくなった日をいいます。

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

事業主 住 所
 名 称



空知中部広域連合長 様