

健康保険離脱証明書

被保険者	住所	
	氏名	
	記号番号	
保険者	名称	
	住所	

離脱者

被保険者 被扶養者 氏名	生年月日	性別	続柄	資格喪失 年月日	備考
	S H R . .	男・女			
	S H R . .	男・女			
	S H R . .	男・女			
	S H R . .	男・女			
	S H R . .	男・女			

上記のとおり当所健康保険の資格を喪失したことを証明します。

年 月 日

事業所の所在地

事業所の名称

㊟

※事業主様へのお願い

- この証明書は、国民健康保険被保険者の資格を取得するために必要な書類ですから各欄もれなく記載のうえ本人にお渡してください。
- 資格喪失年月日は、事業所を退職した日の翌日です。