

健康保険 加入 脱退 証明書

健康保険	保険者番号			記号	
				番号	
住 所					
被 保 険 者	氏 名	続 柄	枝 番	生 年 月 日	資格取得年月日
					資格喪失年月日
被 扶 養 者				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..
				昭・平・令..	..

※ 資格喪失年月日は、退職日の翌日となります。

上記のとおりであることを証明いたします。

令和 年 月 日

住所

事業主 名称

電話

印

岩 見 沢 市 長 様