

# 健康保険離脱証明書

(国民健康保険加入用)

この証明書は、すべて事業所で記入してください。

離脱の理由		退職・被扶養者認定除外・その他( )			
保険者の名称 保険組合		全国健康保険協会		支部 国保・組合	保険者の番号 保険組合
被保険者	住所	長野市			被保険者証の記号・番号
	氏名	昭和 平成 令和 年 月 日生			
資格取得年月日		平成 令和 年 月 日		資格喪失年月日 ※退職日の翌日	平成 令和 年 月 日
被 扶 養 者	氏名	生年 月 日	続柄	被扶養者としての認定を 除外された年月日	被扶養者としての認定を 除外された理由
		昭和 平成 令和 . .		平成 令和 . .	
		昭和 平成 令和 . .		平成 令和 . .	
		昭和 平成 令和 . .		平成 令和 . .	
		昭和 平成 令和 . .		平成 令和 . .	
		昭和 平成 令和 . .		平成 令和 . .	

※被扶養者のみ認定除外の場合は、「資格取得年月日」及び「資格喪失年月日」の記入は必要ありません。

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

事業所所在地

名 称

事業所取扱者氏名

(電話 - - )