

健康保険（加入・脱退）証明書

- 下記の者は、健康保険の被保険者の資格を 取得したことを証明します。
 喪失
- 下記の者は、健康保険の被扶養者として 認定されたことを証明します。
 認定を抹消 (該当するものに✓を付けてください。)

令和 年 月 日

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____ 印

電話番号 _____ 担当者 _____

被 保 険 者	氏名	生年月日		昭和・平成 年 月 日		
	住所					
	健康保険の資格取得 又は喪失年月日	取得	平成・令和	年	月	日
		喪失	平成・令和	年	月	日
		保険者名称				
		保険者番号				
		記号				
		番号				

被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者認定又は認定を抹消 された日	退職以外のと きの喪失理由		
		昭和・平成・令和	・	・	認定・抹消 平成・令和	・	・
		昭和・平成・令和	・	・	認定・抹消 平成・令和	・	・
		昭和・平成・令和	・	・	認定・抹消 平成・令和	・	・
		昭和・平成・令和	・	・	認定・抹消 平成・令和	・	・
		昭和・平成・令和	・	・	認定・抹消 平成・令和	・	・

(元号、認定、抹消は該当に○を付けてください。)

【記入上の注意事項】

- 健康保険の被保険者の喪失及び被扶養者の異動(認定・認定抹消)の都度、該当欄は全て記入してください。
 - 被保険者の喪失の際に、被扶養者がある場合は、被扶養者欄も必ず記入してください。
 - 被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄及び被扶養者欄の全てを記入してください。
 - 被扶養者欄について、被保険者の退職以外の喪失(認定抹消)のときは、その理由を記入してください。
(例:収入が被扶養者認定基準を上回ったため、離別により扶養解除、等)
- 被保険者欄の喪失日は、退職日・死亡日の翌日となります。

※この証明書は全て事業主が記入し、住所地の市役所・町村役場に14日以内に届出するようご指導願います。