

※必ず事業所が本書を作成し、事業所の社印を押印してください。

事例1：本人のみが健康保険を離脱する（扶養している家族がない）場合

健康保険離脱証明書				この用紙は、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 （どちらかに○をしてください）				山ノ内町役場 健康福祉課 医療保険係 電話：0269-33-3116			
保険者・保険組合の名称		保険者・保険組合の番号				被保険者の記号・番号	
※※※健康保険協会		◇◇◇◇◇◇◇◇				△△△△ ・ ▲▲▲	
被保険者	住所	長野県下高井郡山ノ内町大字■■■■番地					
	氏名	阿留 久真		生年月日	昭和□□年□□月□□日		
退職年月日	××年 3月31日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	××年 4月 1日			
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者認定を除外された日	認定を除外された理由		
		年 月 日		年 月 日			
		年 月 日		年 月 日			
		年 月 日		年 月 日			
		年 月 日		年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明します。				事業所取扱者氏名			
××年××月××日		事業所所在地 ・ ・ 県 ・ ・ 市 ・ ・ ・ 番地		事務処理のご担当者様			
名称 ※※※株式会社		社印		事業所電話番号			
				事業所のご連絡先			

作成した日付

本人か扶養か確認できます

健康保険資格確認書

令和00年00月00日交付

本人（被保険者）

記号 △△△△ 番号 ▲▲▲ 枝番 ▽▽

氏名	阿留 久真
生年月日	昭和□□年□□月□□日
性別	
資格取得年月日	令和●●年●●月●●日
有効期限	令和○○年○○月○○日

保険者番号 ◇◇◇◇◇◇◇◇

保険者名称 ※※※健康保険協会

※必ず事業所が本書を作成し、事業所の社印を押印してください。

事例2：勤めている本人は継続するが、家族を健康保険の扶養から外す場合

健康保険離脱証明書				この用紙は、すべて事業所で記入してください。	
(国民健康保険加入用)					
◆離脱の理由： 退職 ・ 被扶養者認定除外 (どちらかに○をしてください)				山ノ内町役場	
保険者・保険組合の名称		保険者・保険組合の番号		健康福祉課 医療保険係	
***健康保険協会		◇◇◇◇◇◇◇◇		電話：0269-33-3116	
被保険者		住所		長野県下高井郡山ノ内町大字■■■■番地	
		氏名		阿留 久真	
		生年月日		昭和□□年□□月□□日	
退職年月日		—		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
		—		—	
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者認定を除外された日	認定を除外された理由
	阿留 津麻	昭和▼▼年▼▼月▼▼日	妻	##年##月##日	所得増加のため等
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。				事業所取扱者氏名	
××年××月××日				事務処理のご担当者様	
事業所所在地 . . . 県 . . . 市 . . . 番地				事業所電話番号	
名称 ***株式会社				事業所のご連絡先	
				社印	

作成した日付

本人か扶養か確認できます

健康保険資格確認書

令和 00 年 00 月 00 日交付

記号 △△△△ 番号 ▲▲▲ 枝番 ▼▼

氏名	阿留 津麻
生年月日	昭和▼▼年▼▼月▼▼日
性別	
資格取得年月日	令和●●年●●月●●日
有効期限	令和○○年○○月○○日
被保険者	阿留 久真

保険者番号	◇◇◇◇◇◇◇◇
保険者名称	***健康保険協会

※必ず事業所が本書を作成し、事業所の社印を押印してください。

事例3：本人と扶養している家族が健康保険を離脱する場合

健康保険離脱証明書				この用紙は、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 (どちらかに○をしてください)				山ノ内町役場 健康福祉課 医療保険係 電話：0269-33-3116	
保険者・保険組合の名称		保険者・保険組合の番号		被保険者の記号・番号	
※※※健康保険協会		◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇		△△△△ ・ ▲▲▲	
被保険者	住所	長野県下高井郡山ノ内町大字■■■■番地			
	氏名	阿留 久真	生年月日	昭和□□年□□月□□日	
退職年月日		××年 3月31日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
				××年 4月 1日	
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者認定を除外された日	認定を除外された理由
	阿留 津麻	昭和▼▼年▼▼月▼▼日	妻	××年 4月 1日	被保険者退職のため
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。				事業所取扱者氏名	
××年××月××日				事務処理のご担当者様	
事業所所在地 ・・・県・・・市・・・番地				事業所電話番号	
名称 ※※※株式会社				事業所のご連絡先	
				社印	

作成した日付

健康保険 家族（被扶養者）
資格確認書 令和00年00月00日交付

健康保険 本人（被保険者）
資格確認書 令和00年00月00日交付

記号 △△△△ 番号 ▲▲▲ 枝番 ▼▼

氏名 阿留 久真
生年月日 昭和□□年□□月□□日
性別
資格取得年月日 令和●●年●●月●●日
有効期限 令和○○年○○月○○日

保険者番号 ◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇
保険者名称 ※※※健康保険協会