

加入  
健康保険 証明書  
離脱

被 保 險 者	住 所				
	氏 名				男・女
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日			
	記 号			番 号	
	資格（取得・喪失）年月日	平・令 年 月 日		年金 取得 喪失	記号
	退 職 年 月 日	平・令 年 月 日			番号
被 扶 養 者	氏 名	被保険者 との続柄	生 年 月 日	加入・喪失・年月日	
			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	

※資格喪失日は退職した翌日で、被保険者証が使用できなくなった日をいいます。

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

事 業 主 住 所

名 称

(印)

空知中部広域連合長 三 本 英 司 様