

この様式は記入前であればコピーして使用することができます

記入例

健康保険
厚生年金保険
加入 ・ 脱退 証明書

健康 保 険	保 険 者 (健康保険の名称)	××××健康保険組合			全国健康保険協会（協会けんぽ）の各支部や健康保険組合等 ごとに割り振られた番号です。保険証に記載されています。	
	保 険 証 記号番号	××××××××××	保険者番号	××××××××××		
被保険者 住 所		京都市中京区寺町通御池上				全国健康保険協会（協会けんぽ）の場合は、 「全国健康保険協会 ××支部」とご記入ください。
	氏 名 (生年月日)	被保険者 との続柄	資格取得（扶養認定）年月日	備 考		
			資格喪失（扶養削除）年月日	※被保険者及び配偶者のみ、基礎 年金番号を記入してください。		
被 保 険 者	京 都 一 郎 (昭 和 60 年 5 月 5 日 生)	本 人	平成 25 年 4 月 1 日			
			令和 4 年 4 月 1 日 (退職 令和 4 年 3 月 31 日)	被保険者の基礎年金番号 ××××—××××××		
配 偶 者	京 都 花 子 (昭 和 62 年 8 月 30 日 生)	配偶者	平成 27 年 4 月 1 日			
			令和 4 年 4 月 1 日	配偶者の基礎年金番号 ××××—××××××		
配 偶 者 以 外 の 者	京 都 二 郎 (平 成 28 年 7 月 1 日 生)	子	平成 28 年 7 月 1 日			
			令和 4 年 4 月 1 日			
	京 都 桃 子 (令 和 2 年 3 月 3 日 生)	子	令和 2 年 3 月 3 日			
			令和 4 年 4 月 1 日			
	被保険者本人は資格を喪失しておられず、被扶養者のみ 扶養削除となる場合は、被保険者本人の資格喪失年月日 は空欄としてください。			年 月 日		
			年 月 日			
			年 月 日			
	(年 月 日 生)		年 月 日			
被保険者の後期高齢者医療制度への加入に伴い、被扶養者が脱退する場合は、左欄に「○」を記入してください。						

(宛先) 京都市 中京 区長

上記のとおりであることを証明します。

令和 5 年 4 月 1 日

(保険者又は事業所) 所 在 地 京都市中京区××××

名 称 株式会社××××

代表者氏名 国保 太郎

電話 (075) ××× — ××××

(担当者: 御池)

【記入について】

- 1 この証明については、必ず全てを保険者又は事業所で記入してください。内容確認のため問合せをする場合があります。
- 2 退職による脱退の場合、退職日の翌日が資格喪失年月日です。
- 3 被保険者の後期高齢者医療制度への加入に伴い、被扶養者が脱退する場合は、被保険者本人の 7 5 歳の誕生日が資格喪失年月日です。