

健康保険（脱退）証明書

健康保険の名称		記号		番号	
被 保 険 者	住 所				
	氏 名	続柄	生年月日	資格取得年月日	
				資格喪失年月日	
		本人	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日					
被 扶 養 者			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
				昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
				昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
				昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
				昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
				昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
				昭和・平成・令和 年 月 日	

上記のとおりであることを証明します。

(あて先) 札幌市職員共済組合理事長

令和__年__月__日

〒 —

(事業主) 所在地 _____

事業所名称 _____

代表者氏名 _____ 印

電話番号 (_____) —