

社会保険離脱（資格関係）証明書

（健康保険・厚生年金保険・共済組合）

- 被保険者(本人)は資格喪失した場合には、「被保険者(本人)欄」と「A・B・C・D・E欄」を記入してください。ただし、被扶養者(家族)がない場合はE欄の記入は不要です。
- 被扶養者(家族)の設定(増)または認定を抹消(減)の場合は、「被扶養者(家族)欄」と「A・B・D・E欄」を記入してください。

| | |
|--|--|
| 被 保 険 者 (本 人) | 下記 A欄 の者は、健康保険・厚生年金保険(共済組合)の資格を |
| | 平成 年 月 日 取得 (入社日) 平成 年 月 日 喪失 (退職の翌日) |

したことを証明します。

| | |
|--|---|
| 被 扶 養 者 (家 族) | ※該当する□に「レ」を付してください。 |
| | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日健康保険の被扶養者として認定(増)されたことを証明します。 下記の E欄 の者は、 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日健康保険の被扶養者として認定を抹消(減)されたことを証明します。 ※被扶養者として認定を抹消された日（就職等した場合は就職日、死亡の日の翌日、別居、離婚等の日の翌日） |

平成 年 月 日 作成 事業所所在地 _____
事業所名称 _____
事業主氏名 _____ (印)
電話番号 () 担当者氏名 _____

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|----------------|---------------|--------|------------------|------|--|--|--|
| A | 被保険者 (本人) | (ふりがな) (氏名) | 大 昭 平 | | 男 女 | | | | |
| | 住 所 | 〒 _____ | | | | | | | |
| B | 健康保険の 記号番号 | 保険証の記号 | 保険証の番号 | C | 基礎年金番号 (10ケタ) | | | | |
| D | 保険者名 | 社会保険事務所 | | 健康保険組合 | | 共済組合 | | | |
| E | 被 扶 養 者 (家 族) | 氏 名 | 生 年 月 日 | 性別 | 続柄 | 備 考 | | | |
| | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | | | |
| | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | | | |
| | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | | | |

(届出をされる方へお願い)

この証明書は、年金手帳・印鑑を持参のうえ提出してください。

- ◎ ご家族が国民健康保険や老人保険等に加入している場合は、その国民健康保険被保険者証等、また、退職者医療制度に該当する方は年金証書（加入期間が20年に満たない場合は、40歳以降10年以上が確認できる書類）も提出してください。
- ◎ 健康保険任意継続被保険者（退職後20日以内の手続き）になられた方も、国民年金の加入手続きが必要となりますので、この証明書を提出してください。