

健康保険（加入・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
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
			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

〒 ー

(事業主) 所在地 _____

事業所名称 _____

代表者氏名 _____ 印

電話番号 (_____) _____

注) 共済扶養の申告を行う札幌市職員へ・・・本様式は御家族を新たに共済扶養として申告する際に添付していただくものです。この他の添付書類や詳細は共済のしおりなどで、別途確認してください。