

常務理事	事務長			担当者

資格喪失(削除)証明書交付申請書

被保険者証の 記号一番号	—	被保険者氏名 及び生年月日	フリガナ		
			昭和・平成 年 月 日		
事業所 名称		所 属			
		連絡先	—	—	
被保険者住所	〒 —				
証明書の用途	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入手続きのため				
(必要とする理由の□ に✓をしてください)	<input type="checkbox"/> その他 (理由)				
証明対象者 (いずれかに✓を してください)	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ				
	<input type="checkbox"/> 被保険者・被扶養者全員				
	<input type="checkbox"/> 証明対象者指定 (下記に記入してください)				
	対象者氏名		続柄		

希望送付先 (ご希望の送付先に ✓をしてください)	<input type="checkbox"/> 上記被保険者住所に送付				
	<input type="checkbox"/> 所属先に送付		<small>※所属先の健保担当窓口経由で送付します。 所属は支社単位、本社所属窓口は管理室庶務課です</small>		
	<input type="checkbox"/> その他	宛名			被保険者からみた続柄
住所		〒 —			

上記のとおり健康保険資格喪失証明書の交付を申請します。

令和 年 月 日

┌───────────┐
 受付印 └───────────┘

※ 証明書の発行は、資格喪失日以降になります。
事業所より資格喪失届、被扶養者異動届(減)が提出されていることが必要となりますので、予めご了承ください。