常務理事	事務長			担当者

資格喪失(削除)証明書交付申請書

被保険者等 記号ー番号	記号　　番号 ー	被保険者氏名 及び生年月日	ﾌﾘｶﾞﾅ □ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日
事業所 名　称		所　属	
		連絡先	ー　　ー
被保険者住所	〒　　ー		
証明書の用途 （必要とする理由に✔をしてください）	□ 国民健康保険の加入手続きのため		
	□ その他 （理由　　）		
証明対象者 （いずれかに✔をしてください）	□ 被保険者のみ		
	□ 被保険者・被扶養者全員		
	□ 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）	□ 上記被保険者住所に送付				
	□ 所属先に送付	※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			
	□ その他	宛名		被保険者からみた続柄	
		住所	〒　　ー		

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

※ 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。

受 付 印

※健保使用欄

喪失（削除）年月日	年　　月　　日