

常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険 被保険者資格喪失等証明書発行申請書

申請者 (被保険者であった者) 欄	1	記号・番号	記号	番号	職員番号									
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日								
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)			(氏)				(名)				
	4	被保険者の現住所 (証明書の送付先)	〒	-			電話 ()				都道府県			
	5	勤務(配属)していた事業所	名称											
		所在地												

下記のとおり証明書の発行を申請します。

令和 年 月 日申請

証明 対象 者 欄 (該当記号ア・イに○)	ア	被保険者であった者(本人)分							9	資格喪失年月日					
									令和	年	月	日			
	イ	被扶養者であった者(家族)分													
		6	被扶養者の氏名			7	被扶養者の生年月日			8	続柄	9	資格喪失年月日 (被扶養者でなくなった日)		
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日			
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日			
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日			
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日			
	10	使用目的 (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入手続きのため <input type="checkbox"/> その他 (使用目的 :)												

受付日付印