

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	被保険者証の 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	()	
	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	
		被扶養者であった者(家族)分										
	イ	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
		(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