

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 ( )			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		
	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