

決 裁			
常務理事	事務長	主 査	担 当

健康保険資格喪失証明書交付申請書(記入例)

被保険者証の	記号	100		所属事業所		
	番号	1122222		東京総支社〇〇〇G		
被保険者	氏名	健保 太郎			連絡先電話番号(TEL)	
	生年月日	1980年3月28日			03-〇〇〇-〇〇〇〇	
被扶養者	氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	1980年 8月 20日
	氏名		続柄		生年月日	
	氏名		続柄		生年月日	
	氏名		続柄		生年月日	
証明書の使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険加入			<input type="checkbox"/> その他()		
退職日 雇用切替日	2018年 6月 30日 ((退職) ・ 雇用切替)					
備 考						

※本書に記入していただいた個人情報は適切に取り扱い、目的外には使用いたしません。

上記のとおり健康保険資格喪失証明の交付を申請します。

2018年 6月 20日

〒100-〇〇〇〇

住 所 東京都千代田区内幸町1-1-3

被保険者の

氏 名 健保 太郎

(印)

☆資格喪失証明書の発行は、資格喪失日以降の発行となります。