

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	300		所属事業所	
		番号	1122222		PG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						

上記のとおり申請いたします。

2018年 6月 20日

〒115-〇〇〇〇

住 所 東京都北区赤羽〇-△-× ABマンション111

被保険者の

退職後の住所を記入ください

氏 名 健 保 太 郎

※押印は廃止となっております。

☆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。