

常務理事	事務局長	部 長	G 長	G L	扱 者

健康保険 資 格 喪 失 証 明 願

被保険者証の記号番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日
—			昭和 平成 年 月 日
資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
資 格 喪 失 年 月 日	平成・令和 年 月 日（平成・令和 年 月 日退職）		
被 扶 養 者 の 氏 名	続 柄	性 別	生 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
被 扶 養 者 の 認 定 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
被 扶 養 者 の 削 除 日 (理 由)	平成・令和 年 月 日 (理由)		
証 明 書 の 利 用 目 的 ※いずれかに○をつけてください。	☐ 国民健康保険の手続き ☐ 被扶養者の申請 ☐ その他（目的を明記） _____		

※個人の方の住所・氏名となります。
(会社ではありません。)

〒 申 請 者 住 所 _____
_____ 氏 名 _____

※証明書は右記住所宛に送付します。

受 付 印