常務理事	事務局長	部長	G長	GL	扱者

記入例

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
123 - 456	健保 太郎丸		昭和 平成 8年 9月 10日
資格取得年月日	昭和 平成 令和 28年 4月 1日		
資格喪失年月日	平成 令和 3年 4月 1日 (平成 令和 3年 3月 31日退職)		
被扶養者の氏名	続柄	性別	生年月日
健保 華枝	妻	男 女	昭和 平成 令和 9年 10月 1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 30年 11月 22日		
被扶養者の削除日 (理由)	平成 令和 3年 4月 1日 (理由) 例文: 被保険者の資格喪失のため		
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)		

令和 3年 4月 1日

※個人の方の住所・氏名となります。

〒987-6543

(会社ではありません。)

申請者住所 東京都〇〇区〇〇〇 △-△△-△

※証明書は右記住所宛に送付します。

氏名 健保 太郎丸

受付印