常務理事	事務長	部　長	部長代理	課　長	係　長	係　員

健康保険資格喪失証明交付申請書

1．被保険者（被保険者であった者）について記入するところ

被保険者証の記号・番号	―	事業所	名　称	
氏　名			所在地	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日			
住　所 電話番号	〒　　－　　TEL　　（　　）			

2．資格喪失証明書を必要とする理由の□にレ印をしてください。

□　国民健康保険の加入手続きのため　　□　その他（　　）

3．資格喪失証明書が必要な者について記入するところ

氏　名	生　年　月　日	続　柄
	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	

4．資格喪失証明書の送付先について記入するところ

証明書送付先 （1欄と同じ場合は、記入の必要はありません）	氏　名		被保険者からみた続柄	
	住　所 電話番号	〒　　－　　TEL　　（　　）		

5．被保険者（被保険者であった者）や被扶養者（被扶養者であった者）以外が申請するときに記入するところ

申請代行者	氏　名	㊞	被保険者 との関係	
	電話番号	（　　）		
申請代行の理由				

上記のとおり健康保険資格喪失証明書の交付を申請します。

受付年月日

令和　　年　　月　　日

通信機器産業健康保険組合理事長　　様