

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 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

(1欄と同じ場合は、記入の必要はありません)

証明書送付先	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				

受付年月日

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。

令和 年 月 日

通信機器産業健康保険組合理事長 様