

健康保険資格喪失（削除）証明書等交付申請書

| | | |
|-------------|--|----|
| 被 保 険 者 名 | 男・女 | |
| ※被保険者等記号・番号 | 記号 | 番号 |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和 年 月 日生 | |
| 事 業 所 名 | | |
| 現 在 の 住 所 | 〒 ー | |
| | 上記住所に送付希望の場合○を付けてください (○がない場合、事業所宛に送付いたします) | |
| 事業所を退職した日 | 令和 年 月 日 | |

※ 在職していた時の事項を記入してください。不明な場合は記入不要です。

① 資格喪失証明書等の提出先と用途をご記入ください。

| | |
|-----|---|
| 提出先 | |
| 用途 | 1. 国民健康保険加入のため 2. 被扶養者の申請のため 3. その他 () |

② 被扶養者(家族)も記載が必要な場合は、記載が必要なご家族を下記へご記入願います。

| 被扶養者(家族)氏名 | 続柄 | 生年月日 |
|------------|----|-------------|
| | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 |