

健康保険資格喪失（削除）証明書等交付申請書

被 保 険 者 名	海空運 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
※被保険者等記号・番号	記号 1000	番号 100
生 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 ・ 平成 ・ 令和 45 年 2 月 2 日生	
事 業 所 名	海空エアサービス株式会社	
現 在 の 住 所	〒000 - 0000 東京都中央区今川橋町 1000 番地	
	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)	<input type="radio"/>
事業所を退職した日	令和 6 年 12 月 31 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	中央区役所
用途	<input checked="" type="radio"/> 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
海空運 花子	妻	昭・平・令 45 年 6 月 8 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