健康保険資格喪失証明書交付申請書

1．被保険者（被保険者であった者）

被保険者証の記号・番号	―	事業所	名称	
氏　　名	㊞		所在地	
生年月日	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

☐ 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

氏　　名	生年月日	続　　柄	備　　考
	年　　月　　日		
	年　　月　　日		
	年　　月　　日		
	年　　月　　日		
	年　　月　　日		
	年　　月　　日		
	年　　月　　日		
	年　　月　　日		

4．資格喪失証明書の送付先（上記１欄と同じ場合は記入の必要はありません）

氏名		被保険者との続柄	
住　　所 電話番号	〒　　－ TEL		

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。

受付日付印

令和　　年　　月　　日

東亜道路健康保険組合　理事長　　殿