

健康保険「被保険者資格喪失証明書」交付依頼書

下記の通り、健康保険被保険者資格喪失証明書の発行を申請します。

太枠欄をご記入下さい

氏名コード	
フリガナ	
氏 名	印
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
所 属	
内 線 番 号	— —
発行理由	<ul style="list-style-type: none">・ 国民健康保険へ加入のため・ 扶養家族申請のため

※ 保険証・資格確認書の返却先：管轄の総務部（管理部）

●総務記入欄

退 職 日	年 月 日
保険証 回収日	年 月 日
資格確認書 回収日	年 月 日

<事業主>

事業主受付印

		担 当