

健保捺印欄	常務理事	事務長		担当者

健康保険 資格喪失証明書 交付申請書

被保険者 記号-番号	-			被保険者 氏 名			
事業所名 (会社名)				生年月日	昭和 平成	年	月 日
住 所	〒						
資格取得日	平成	年	月 日	資格喪失日	平成	年	月 日
証明の 必要な 被扶養者名	①		続柄		③		続柄
	②		続柄		④		続柄

申請者氏名 <small>(被保険者でない場合)</small>		連絡先 電話番号	
備 考			

- 注意: ・『資格喪失証明書』の交付には、事業所(会社)から健保への資格喪失届の届出及び、『被保険者証』または『資格確認書』※の返却が必要です。
 ※『被保険者証』または『資格確認書』を交付されていない場合は、不要です。紛失した場合は、『健康保険各種証明書等 紛失届』の提出が必要です。
 ・健保での資格喪失届等の手続き完了後、『資格喪失証明書』を交付いたします。手続き状況によっては、交付まで日数を要する場合があります。
 ・『資格喪失証明書』は、事業所(会社)担当者へ送付します。

健保確認印	健保受付印