

大阪産業機械工業健康保険組合 理事長様

健康保険 資格喪失証明書 発行申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号		番 号	
被 保 険 者 の 氏 名	フリガナ			
	(氏)		(名)	
被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日
被 保 険 者 の 住 所	〒 ー			
	電話番号 ()			

下記の者に係る資格喪失証明書の発行を申請します。

1. 証明対象者 (該当する項目を「○」で囲んでください)

ア. 被保険者	
イ. 世帯全員 [被保険者・被扶養者全員]	
ウ. 被扶養者 [証明対象者指定]	
ウ. に○を付けた場合は、証明する対象者の氏名・生年月日を記入してください。	
氏名 _____	生年月日 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名 _____	生年月日 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名 _____	生年月日 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 申請理由 (該当する項目を「○」で囲んでください)

a. 国民健康保険に加入するため
b. 他の健康保険制度に加入するため
c. その他 (理由 : _____)

※ 資格喪失証明書の発行は、資格喪失手続き終了後でないと発行できません。