

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	5000	番号	999
被保険者の氏名	フリガナ	サンギョウ	ケンイチ	
	(氏)	産業	(名)	健一
被保険者の生年月日	昭和・平成 51年 10月 20日			
被保険者の住所	〒 530-0012			
	大阪府大阪市北区芝田99-99 電話番号 06 (6372) 5589			

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
<input checked="" type="radio"/> 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)

<input checked="" type="radio"/> 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。