

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<br>記号・番号 | 記号                                     | 20    | 番号   | 6000 |
| 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<br>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。