

健康保険 資格取得・喪失証明書 交付依頼書

1. 申請者

被保険者等の 記号・番号		—	
「被保険者」 または 「被保険者で あった者」	氏 名		
	生 年 月 日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	
「被保険者の 死亡後で 被扶養者で あった者」	所属事業所		
	連絡先	勤務先	—
自 宅		—	
※ 被保険者の退職，または被保険者死亡後に被扶養者であった者が申請する場合で，自宅への送付を希望する場合は，下記「証明書送付先住所」欄に記入してください。記入がない場合は事業主経由で送付します。			
証明書送付先住所	〒 —		

2. 必要な証明書

- 健康保険資格 取得証明書
 健康保険資格 喪失証明書

3. 証明書が必要な人

(注) 続柄は，被保険者（または被保険者であった者）との続柄を記入

項番	氏 名	続 柄	生年月日
1			□昭和 □平成 □令和 年 月 日
2			□昭和 □平成 □令和 年 月 日
3			□昭和 □平成 □令和 年 月 日
4			□昭和 □平成 □令和 年 月 日
5			□昭和 □平成 □令和 年 月 日

4. 証明書を必要とする理由

- 国民健康保険の加入（脱退）手続き
 その他（ ）

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については，下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	---

(提出先) 在職中に申請する，または被扶養者の証明を申請する場合 → 事業主
 退職後に申請する，または任意継続者が申請する場合 → 直接，健康保険組合

決定

健 保 組 合	伺			送付		
	常務理事	事務長	担当	年	月	日
	手渡し・郵送・社内便					

事 業 主	各長	担当

受付印