

健康保険資格喪失証明書交付申請書

西武健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	資格喪失時の健康 保険被保険者証の	記 号		番 号		健 保 組 合	
	フリガナ				生年月日	昭和・平成 年 月 日	常務理事
	氏 名						
	現住所	〒 ー					事務長
	電話番号	()					
被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日		続 柄		
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日				
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日				
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			取扱者	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日				
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日				
申 請 事 由 (該当する番号に ○をつけてください。)		1. 国民健康保険加入のため 2. 出産育児一時金申請のため 3. その他()				事業所	所 属
上記の事由により資格喪失証明書の交付を申請いたします。							
申 請 者		令和 年 月 日					

健保受付年月日

T20202105