

健康保険資格喪失証明書交付申請書

記号・番号
を必ず記入

西武健康保険組合理事長 殿

資格喪失時の健康 保険被保険者証の	記号	100	番号	12345-00	健 保 組 合	
フリガナ	セイブ タロウ			生年月日	昭和・平成30年11月2日	常務理事
氏名	西武 太郎					
現住所	〒359-0000 埼玉県所沢市〇〇町1-11-2					事務長
電話番号	04(0000)0000					
氏名	性別	生年月日		続柄		
→ 西武 花子	男・女	昭和・平成・令和45年10月22日		妻		
	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。					印	印
申請者	令和 〇年 〇月 〇日 西武 太郎				印	印

喪失証明書
が必要な被扶養
者の氏名申請事由
の該当項
目に○を
付けるか
記入

健保受付年月日

T20202105

本社担当者および
本社責任者が押印所属担当者および
所属責任者が押印