

課長	係長	主任	係員

健康保険資格喪失(被扶養者削除)証明書交付願

下記理由のため健康保険資格喪失証明書の交付をお願いいたします。

(該当項目にチェックをつけてください。)

- 国民健康保険加入手続き
- 家族の被扶養者となる
- その他 () のため

平成 年 月 日 届出

健康保険証 記号・番号	記号 8888	番号 111
会社名	株式会社 ○○○○	
被保険者氏名	健保 太郎	⑩
交付対象者氏名	健保 花子	
※資格喪失日または 被扶養者削除日	平成 24 年 1 月 1 日	
送付先住所	〒111-1111 東京都○○区○○町 1-1-1	
電話番号	03 - 8888 - 1111	

※資格喪失日 : 退職日の翌日