

健康保険~~被保険者~~~~被扶養者~~資格喪失証明書発行願

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

受 付 日 付 印	伺 平成 年 月 日		
	常 務 理 事	事 務 長	係

平成 **XX** 年 **10** 月 **31** 日提出

記 号	1010	被 保 険 者 氏 名 ・ 性 別	関 西 由 浩 印	
番 号	22777	生 年 月 日	昭 ・ 平 XX 年 1 月 1 日	男 ・ 女
被 保 険 者 住 所	〒 460-0008 名古屋市中区栄2-61		被 扶 養 者 の 有 無	有 ・ 無

証明の対象となる者の氏名	性 別	生 年 月 日	続 柄
関西 由浩	男 ・ 女	昭 ・ 平 XX 年 1 月 1 日	本人
関西 理美	男 ・ 女	昭 ・ 平 XX 年 3 月 3 日	妻
	男 ・ 女	昭 ・ 平 年 月 日	
	男 ・ 女	昭 ・ 平 年 月 日	

必要な具体的理由

国民健康保険に加入する為

事業所所在地	<p><各会社の健康保険担当部門(人事部・総務部など)へご提出ください></p> <p>事業主の証明</p> <p style="text-align: right;">印</p>
事業所名称	
事業主氏名	