

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	雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
	伺 令 和 年 月 日				
	常務理事	事務長	係		

令和 X 年 X 月 X 日提出

記 号	1010	被 保 険 者 氏 名 ・ 性 別 生 年 月 日	健 保 太 郎 印
番 号	99999		

被 保 険 者
住 所
〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3

証明の対象となる者の氏名	性 別	生 年 月 日	続 柄
健 保 太 郎	男 ・女	昭 ・平・令 XX 年 X 月 X 日	本 人
健 保 花 子	男・ 女	昭 ・平・令 XX 年 X 月 X 日	妻
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	

必要な具体的理由

国民健康保険に加入する為、健康保険・共済組合などの扶養者になる為など

(退職した為は理由になりません)

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

<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>

事業主の証明

印