

※健保組合記載欄

常務理事	課長	担当	被証	投入	処理月

健康保険 被保険者 資格喪失証明書 交付申請書
 被扶養者 削除証明書

年 月 日

被保険者の 記号・番号	記号		個人番号 (マイナンバー)	
	番号			
※記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。				
被保険者氏名		男・女	昭・平 令	年 月 日生
被保険者の 住 所	〒 電話			
事業所の 名 称	電話			
証明書交付を申請 する該当者	氏 名	性別	続柄	生年月日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
		男・女		昭・平 令 年 月 日
証明書交付を申請 する理由 (該当に○)	・ 国民健康保険組合 / 全国健康保険協会(協会けんぽ) / その他の健康保険組合等 へ加入 ・ その他の理由 ()			

上記のとおり証明書の交付申請をします。

島津製作所健康保険組合理事長殿

受付印