

記入例

健康保険 被保険者 被扶養者 資格喪失証明書交付申請書

令和 2 年 2 月 2 日提出

CNCグループ健康保険組合 御中

記入漏れがないように記入してください

被保険者の 記号・番号	1324 - 98XX	個人 番号	
被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	
健保 京 ⑧		昭和 平成 令和	4 年 6 月 28 日
被保険者 住所	〒 604 - XXXX 京都市中京区XXXXXX TEL : 075 (XXX) XXXX		
使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険に加入するため <input type="checkbox"/> 他の健康保険組合へ提出するため <input type="checkbox"/> その他 ()		
証明書 送付先	<input type="checkbox"/> 所属先 (社内便) <input checked="" type="checkbox"/> 上記、被保険者住所⇒送付先住所、氏名を記入した返信用封筒を添付してください。 <input type="checkbox"/> その他⇒送付先住所、氏名を記入した返信用封筒を添付してください。 ※送付先住所、連絡先電話番号を記入してください。 〒 - TEL :		

この欄の記入は不要
被保険者本人のみの証明書が必要な場合

氏 名	続柄	性別	生 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日

※証明書の発行は、資格喪失日以降になります。
 事業所より資格喪失届、被扶養者異動届が提出されていることが必要となりますので、
 予めご了承ください。

健康保険 被保険者 被扶養者 資格喪失証明書交付申請書

令和 年 月 日提出

CNCグループ健康保険組合 御中

被保険者の 記号・番号	-	個人 番号	
被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	
⑩		昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者 住所	〒 - TEL : ()		
使用目的	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入するため <input type="checkbox"/> 他の健康保険組合へ提出するため <input type="checkbox"/> その他 ()		
証明書 送付先	<input type="checkbox"/> 所属先 (社内便) <input type="checkbox"/> 上記、被保険者住所⇒送付先住所、氏名を記入した返信用封筒を添付してください。 <input type="checkbox"/> その他⇒送付先住所、氏名を記入した返信用封筒を添付してください。 ※送付先住所、連絡先電話番号を記入してください。 〒 - TEL :		

	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日
証明書が 必要な 被扶養者				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日

※証明書の発行は、資格喪失日以降になります。
 事業所より資格喪失届、被扶養者異動届が提出されていることが必要となりますので、
 予めご了承ください。