

健康保険組合		
長	長	担当者

事業主健保担当課長		
長	長	担当者

健康保険(各種)証明書等発行願

1. 被保険者記入欄

フリガナ	ケンポ タロウ		
氏 名	健保 太郎	被保険者番号	5123456
現 住 所	〒530-6691 大阪市北区中之島6丁目2番27号		
連絡先	06-6445-7367		

2. 発行書類(該当する書類を選択下さい。)

- ☐ 健康保険資格取得証明書
 ☒ 健康保険資格喪失証明書
- ☐ その他 ()

3. 証明書を必要とする理由(該当する書類を選択下さい。)

- ☒ 他の健康保険の加入(脱退)手続き
 ☐ その他 ()

4. 証明書が必要な方(資格喪失証明書等)

氏 名	フリガナ	生 年 月 日	続柄
健保 花子	ケンポ ハナコ	昭 一平一 令 50年 5月 1日	妻
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	

発行いたしました証明書類等は原則、事業主を通じて(任意継続被保険者はこの限りではありません)被保険者へお渡しいたしますので、ご了承ください。

以 上

(令和3年5月)