

# 健康保険被保険者資格喪失証明書発行依頼書

被保険者証・記号番号	-				被保険者氏名
事業所名称 (資格喪失時)				所属 部・店名	
発行理由 ※該当する項目の数字を○で囲んでください。					
1	国民健康保険に加入するため		2	他の健康保険の被扶養者になるため	
3	その他 ( )				
被扶養者のみ喪失の場合					
発行対象者名 被扶養者名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
発行対象者名 被扶養者名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
発行対象者名 被扶養者名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
発行対象者名 被扶養者名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
発行対象者名 被扶養者名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
送付方法	<input type="checkbox"/> 自宅郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 社内メール			所属 部・店名	宛てへ
上記のとおり証明書の発行をお願いいたします。  O T G健康保険組合理事長 様  令和 年 月 日  <div style="text-align: right;">                     住所                      依頼者                      氏名 <span style="float: right;">(印)</span> </div> <p style="text-align: center;">※特別な事情がない限り、依頼者は被保険者とする。</p>					
※ 依頼者が被保険者以外の場合は、続柄が確認できる書類を添付してください。 ※ 被保険者の資格喪失により被扶養者資格を喪失する場合は、被扶養者資格の喪失についても同時に証明いたします。 ※ 本書を資格喪失日以前にご提出頂いても、発行送付できるのは、喪失日以降になりますのでご了承ください。 <b>※ 郵送をご希望する場合には、宛先を記入のうえ返信用封筒に切手を貼って同封して下さい。</b>					