

# 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 **12 - 3456**   被保険者氏名 **健保太郎**

事業所名称 (資格喪失時) **大阪〇×△(株)** 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	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
発行対象者名 被扶養者名	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
発行対象者名 被扶養者名	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
発行対象者名 被扶養者名	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
発行対象者名 被扶養者名	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

送付方法 自宅郵送 手渡し 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。

〇TG健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

住所 **123-4567**

依頼者 **△△府〇〇市××町**

氏名 **健保太郎** 印印

※特別な事情がない限り、依頼者は被保険者とする。

※ 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。

※ **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。**