【記入例】

決　　裁			
常務理事	事務長	主　査	担　当

健康保険資格喪失証明書交付申請書

基幹事業会社		(HD)・ PG ・ RP ・ EP ＊該当の基幹事業会社に○をつけてください		所 属 事 業 所		
社 員 番 号		1234567		オフィスサービスセンター　○○グループ		
被保険者	氏　名	健保　太郎		連 絡 先 電 話 番 号（TEL）		
	生年月日	1989年12月1日		03-○○○○-○○○○		
被扶養者	氏　名	健保　さくら	続　柄	妻	生年月日	
	氏　名		続　柄		生年月日	
	氏　名		続　柄		生年月日	
	氏　名		続　柄		生年月日	
証明書の使用目的		☑ 国民健康保険加入		☐ その他（　　）		
退　職　日 雇用切替日		2024年　6月　30日（(退職)・ 雇用切替 ）				
備　　考						

上記のとおり申請いたします。

2024年　6月　20日

〒116-○○○○

住　所　東京都荒川区東尾久○-○-○

退職後の住所を記入ください

被保険者の

氏　名　健保　太郎

☆資格喪失証明書の発行は、資格喪失日以降の発行となります。

※押印は廃止となっております。