

健康保険被保険者被扶養者資格喪失証明書発行願

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印	雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
	伺 令 和 年 月 日				
	常務理事	事務長	係		

令和 X 年 X 月 X 日提出

記 号	1010	被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎		
番 号	99999	生 年 月 日	昭	平	XX 年 X 月 X 日

被 保 険 者 住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3
-------------	-------------------------------

証 明 の 対 象 と な る 者 の 氏 名	生 年 月 日	続 柄
健保 太郎	昭・平・令 XX 年 X 月 X 日	本人
健保 花子	昭・平・令 XX 年 X 月 X 日	妻
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	

必要な具体的理由

- 国民健康保険に加入する為
- 健康保険、共済組合などの扶養者の申請に必要な為
- その他（理由を具体的に記入：

)

事業所所在地	<p>（事業主の証明）未記入のまま提出してください。</p> <p>提出先：SATO 社会保険労務士法人 もしくは 各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者）</p> <p>*健康保険組合へ提出ではありません。提出先については各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者）へお問い合わせください。</p>
事業所名称	
事業主氏名	