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 × 年 × 月 × 日提出

被保険者等記号・番号（＊1）	記号	1010	被保険者氏名	健保太郎
	番号	99999	生年月日	昭・平 ×× 年 × 月 × 日
被保険者住所（居所）	〒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 ×× 年 × 月 × 日	本人
健保　花子	昭・平・令 ×× 年 × 月 × 日	妻
	昭・平・令　年　月　日	
	昭・平・令　年　月　日	

必要な具体的理由

1．国民健康保険に加入する為

2．健康保険、共済組合などの扶養者の申請に必要な為

3．その他（理由を具体的に記入：

）

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	（事業主の証明）未記入のまま提出してください。 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） ＊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へお問い合わせください。

（＊1）被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書（R7.12.1までは健康保険証）、④事業所の健康保険担当部門（人事・総務/担当者）のいずれかでご確認ください。