

## 健康保険 資格喪失証明書 発行申請書

退職日の翌日。  
任意継続の場合は、  
保険料納付期限の翌日。

アコム健康保険組合における資格喪失日について、証明書の発行を申請いたします。

記号・番号	1 - 1234	喪失日	XXXX年 X月 X日
被保険者 氏名	健康 太郎 (健康)		
住所・連絡先	〒123 - 4567 (TEL XX - XXXX - XXXX ) 〇〇県 〇〇市 1-2-3		
生年月日	S/H XX年 5月 1日	性別	(男) 女
事業所名	〇〇〇株式会社 (任意継続の場合は、「任意継続」と記載。)		
証明する 対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (氏名： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (氏名： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (氏名： _____ 年 _____ 月 _____ 日) 国保加入時は、同時に加入する被扶養者も記載。		
使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険加入 <input type="checkbox"/> 扶養に入る <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
提出先	(市区町村名、健康保険名、会社名等お書き下さい) 〇〇県 〇〇市 健康保険課		

送付書 (送付先住所・氏名をお書き下さい)

〒	123 - 4567
住所	_____
	〇〇県 〇〇市 1-2-3
氏名	健康 太郎

※証明書の発行は退職日の翌日以降となります。