

健康保険 資格喪失証明書 発行申請書

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 | — | 喪失日 | 年 月 日 |
| 被保険者 氏名 | 印 | | |
| 住所・連絡先 | 〒 (TEL — —) | | |
| 生年月日 | S/H 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 事業所名 | | | |
| 証明する 対象者 | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名：_____ S/H 年 月 日) (氏名：_____ S/H 年 月 日) (氏名：_____ S/H 年 月 日) (氏名：_____ S/H 年 月 日) | | |
| 使用目的 | <input 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) | | |

送付書 (送付先住所・氏名をお書き下さい)

| |
|-------------|
| 〒 — |
| 住所 _____ |
| 氏名 _____ |