

健康保険 被保険者 資格喪失等証明書 交付申請書

申請者記入用



記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 資格喪失等証明書 交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

① 被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	住所	(〒 -)		都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

② 申請内容	資格喪失者氏名	(フリガナ)	性別	女	
	保険者名称	全国健康保険協会	支部		
	事業所名称				
	資格取得年月日 (入社した日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	出産予定日(出産日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 0. 出産予定 <input type="checkbox"/> 1. 出産	

③ 該当のみ記入	㊦-1 保険者名称(保険者番号)	被保険者証の記号・番号	事業所名称	資格取得年月日	資格喪失年月日		
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	()			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	㊦-2 変更前の氏名	(フリガナ)	変更後の氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 変更	

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

(2019.5)

受付日付印

様式番号

協会使用欄

7 1 1 1 1 1