

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。

届書(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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
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)	平成 年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日
	出産予定日(出産日)	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 0. 出産予定 <input type="checkbox"/> 1. 出産	

③ 該当時のみ記入	③-1 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
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
	()			平成 年 月 日	平成 年 月 日
③-2 変更前の氏名	(フリガナ)	変更後の氏名	(フリガナ)	【平成 年 月変更】	

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

(26.7)

受付日付印

様式番号

協会使用欄

7 1 1 1 1 1