

健康保険 資格喪失等確認請求書

1. 申請者が記入する欄(必ず記入して下さい)

フリガナ			
氏名			
現住所	〒 -		
続柄		電話番号	

2. 確認書を必要とする理由の該当する口にレ印をしてください。

国民健康保険の加入（脱退）手続き その他（ ）

3. 被保険者(被保険者であった者)について記入する欄(必ず記入して下さい)

フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
氏名									
現住所	〒 -								
事業所名称									
事業所所在地									
※被保険者等記号・番号	-								
※取得年月日 (入社した日)	平成 令和	年	月	日	※喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 令和	年	月	日

4. 被扶養者(被扶養者であった者)について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	※認定年月日	※削除年月日
	昭和・平成・令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日

○申請者が被保険者及び被扶養者以外である場合に委任者が記入してください。
 ・この申請及び受領を上記の申請者に委任します。 令和 年 月 日

委任者氏名 : _____ 委任者と申請者の関係 : _____

現住所 : _____

(記入上の注意)

- ①太枠の部分を記入してください。※印の部分の記入は不要です。
- ②申請者の氏名と現住所が被保険者と同一の場合は被保険者欄の氏名と現住所の記載は不要です。

(注)被扶養者が申請する場合、被扶養者本人に関する事項についてのみ証明が可能であるため、上記3の網掛け部分については、証明することができませんので、ご注意ください。