

常務理事	事務長		担当者

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

資格喪失日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	XX	年	X	月	X	日			
記号・番号		1	-			1234				
被保険者氏名	健康 太郎						健 康			
現住所 (送付先)	〒 123 - 4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3									
連絡先電話番号 (自宅・携帯)	XXX-XXXX-XXXX						任意継続の場合は、 「任意継続」と記入。			
事業所名	〇〇〇株式会社									
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人	健康 太郎			生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成XX年 <input type="checkbox"/> 令和	5	月	1	日	
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	健康 華子	続柄	妻	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成XX年 <input type="checkbox"/> 令和	7	月	7	日
	氏名		続柄		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月		日
	氏名	国保加入時は、同時に加入する被扶養者も記入。								日
	氏名		続柄		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月		日
証明書の使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険加入のため <input type="checkbox"/> 家族の扶養に入るため <input type="checkbox"/> その他									
提出先	〇〇県 〇〇市 健康保険課									

※資格喪失証明書の発行は、資格喪失日以降の発行となります。

受付年月日