

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

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。

資格喪失日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年	月	日			
記号・番号	—								
被保険者氏名	印								
現住所（送付先）	〒								
連絡先電話番号 （自宅・携帯）									
事業所名									
<input type="checkbox"/> 被保険者本人				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
証明書の使用目的	<input 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									

※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 〕