

(退職者用)

健康保険 資格喪失証明願

令和 年 月 日

住友商事健康保険組合理事長

〒 ー

申請者住所 _____

氏名 _____ ㊞

署名する場合、押印を省略可

貴保険組合の 被保険者 被扶養者 の資格を 令和 年 月 日から 喪失 していることを 証明して下さい。

被保険者証の記号番号	記号	番号		
被保険者 被扶養者 住 所	〒 ー			
被保険者 被扶養者 氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	備 考
		男 女	昭 平 令 年 月 日	
		男 女	昭 平 令 年 月 日	
		男 女	昭 平 令 年 月 日	
		男 女	昭 平 令 年 月 日	
		男 女	昭 平 令 年 月 日	
証明書の提出先				
健保発行でなければ ならない理由				