

(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

〒 ○○○-○○○○

申請者住所 東京都中央区晴海1-2-3

氏名 住友 太郎

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	1	番号	123456	
被保険者 被扶養者	住所	〒 ○○○-○○○○ 東京都中央区○○-○-○-○			
被保険者 被扶養者	氏名	続柄	性別	生年月日	備考
住友 花子	子	男	昭	○年○月○日	
		女	平		
		男	昭	年 月 日	
		女	平		
		男	昭	年 月 日	
		女	平		
		男	昭	年 月 日	
		女	平		
証明書の提出先	国民健康保険窓口				
健保発行でなければ ならない理由	○○○○○○				