

常務理事	事務長	担当

商船三井健康保険組合 御中

## 健康保険資格喪失証明書交付申請書

下記のとおり健康保険資格喪失証明書の交付を申請します。

令和 年 月 日

事業所名		担当者名	
------	--	------	--

被保険者氏名	被保険者証等：記号	被保険者証等：番号
フリガナ		

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"/> その他：
----------	--------------------------------------	-------------------------------

証明書の提出先	<input type="checkbox"/> お住まいの市町村	<input type="checkbox"/> その他：
---------	-----------------------------------	-------------------------------

証明書が 必要な 方	氏名	フリガナ	続柄	資格喪失年月日
				平成・令和 年 月 日
	氏名	フリガナ	続柄	資格喪失年月日
				平成・令和 年 月 日
氏名	フリガナ	続柄	資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日

◆資格喪失の証明書発行には、事業所から当組合への資格喪失届等の届出及び保険証等（※）をお持ちの方は返納が必要です。

※保険証（令和7年12月1日まで）・資格確認書を指します

当組合での資格喪失届等の手続き完了及び保険証等の返納確認後に、証明書を交付いたします。

健康保険組合記入欄	
保険証 資格確認書 回収日	平成 年 月 日 令和
発行日	令和 年 月 日
発送日	令和 年 月 日

受付印

(令和6年12月改訂)