

常務理事	事務長	係

H.U.グループ健康保険組合 理事長 殿

健康保険資格喪失証明書交付申請書

(記入に不備がある場合、署名のないものは証明書の交付ができませんのでご注意ください)

被保険者(申請者)	記号		被保険者(申請者)氏名 及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	番号			
被保険者(申請者)の住所(証明書送付先住所)				
〒 - EL ()				
今回喪失証明が必要な被扶養者についてご記入ください				
氏名	続柄:		氏名	続柄:
氏名	続柄:		氏名	続柄:
氏名	続柄:		氏名	続柄:
氏名	続柄:		氏名	続柄:

上記のとおり健康保険資格喪失証明書の交付を申請いたします。

令和 年 月 日

氏名

※資格喪失証明書の発行には、事業所から(任意継続被保険者の方はご本人から)当健保組合への資格喪失届等の届出が必要です。当健保組合での資格喪失等の手続完了後、証明書を発行いたします。
手続状況によっては、発行までにお時間をいただく場合がございます。

※証明書の送付は、原則として上記ご記入の送付先に郵送いたします。
切手貼付済の返信用封筒(送付先住所、氏名を記入)を、この申請書と一緒にご提出ください。