常務理事	事務長	係

※健康保険資格喪失証明書は資格喪失後でないと発行できません
※被扶養者を扶養から削除した場合の証明書にもこちらの申請書が必要です

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

保険証返却等により、不明な場合には記入の必要はありません

（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）の被保険者証	記号		被保険者（申請者）氏名 及び生年月日	
	番号			昭和・平成・令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）の住所（証明書送付先住所）

〒　　－

結婚等により資格喪失時と氏名が変わっている場合にはこちらにご記入ください
（証明書の住所・氏名は喪失時の情報での発行になります）

TEL　　（　　）

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

署名がないものは発行不可となります
必ずご記入ください

氏　名

※資格喪失証明書の発行には、事業所から当健保組合への資格喪失届等の届出が必要です。当組合での資格喪失等の手続き完了後、証明書を発行いたします。手続き状況によっては、発行までにお時間をいただくことがございます。

※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を一緒にご提出ください。