

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係員

健康保険資格喪失証明願

令和 年 月 日

測量地質健康保険組合理事長 殿

〒 -
被保険者住所
被保険者氏名

Tel ()

下記の者について健康保険資格喪失証明書の発行をお願い申し上げます。

記

被保険者証の記号・番号	記号		番号	
事業所所在地	Tel ()			
事業所名称				
被 保 險 者	(フリガナ) 氏名	生年月日	資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	
		昭和・平成 年 月 日	資格喪失年月日 令和 年 月 日	
証 明 を 要 す る 被 扶 養 対 象 者	(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	被扶養者削除年月日
		昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日
証明書の使用目的				
証明書の提出先				