令和 年 月 日

豊島健康保険組合 理事長 殿

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

健康保険資格確認証明書発行申請書

1. 被保険者記入欄

被 保 険 者 等 記 号 番 号	—	事業所名 (喪失者は旧事業所名)						
氏 名		性 別	男 女	生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日
現 住 所	〒							
電 話 番 号	— —							

2. 必要とする証明書の種類 (該当する項目を○で囲んでください)

1. 喪失証明書	2. 資格期間の証明	*期間を記入ください
	(	～)

3. 証明の必要な方

(該当する項目を○で囲み、2の場合は発行対象者の氏名・続柄・生年月日を記入してください)

1. 被保険者	2. 世帯全員 (被保険者、被扶養者全員)					
3. 被扶養者						
氏名	続柄	生年月日	昭・平・令	年	月	日
氏名	続柄	生年月日	昭・平・令	年	月	日
氏名	続柄	生年月日	昭・平・令	年	月	日
氏名	続柄	生年月日	昭・平・令	年	月	日

4. 証明を必要とする理由 (該当する項目を○で囲み、2. の場合は理由を記入してください)

1. 国民健康保険の加入(脱退)の手続き	2. その他 ()
----------------------	------------

* 資格喪失証明書の発行は、資格喪失手続き終了後でないと発行できません。