

令和 年 月 日

西日本プラスチック工業健康保険組合 殿

### 資格喪失証明書発行依頼

以下、《 被保険者 ・ 被扶養者 》の資格喪失証明書発行を依頼します。

被保険者の記号番号	—
被保険者氏名 (生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日)
被扶養者氏名 (生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日)
被扶養者氏名 (生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日)
被扶養者氏名 (生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日)
被扶養者氏名 (生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日)
備考	

※被保険者の記号番号がわからない場合は、備考欄に事業所名称をご記入ください。

※被保険者の氏名・生年月日につきましては、被保険者の証明書の要・不要にかかわらず、ご記入ください。

資格喪失証明書送付先住所：〒 —

---

---

---

連絡先(Tel番号)： \_\_\_\_\_