

資格喪失証明書発行申請書

西日本プラスチック工業健康保険組合 殿

令和 年 月 日提出

決 裁 欄				
-------------	--	--	--	--

申 請 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	(〒 -)
	電話番号	()
	続柄	☐ 被保険者 (本人) ☐ 被扶養者 (被保険者との続柄:) ☐ 親 族 (発行対象者との続柄:)
	被保険者以外から申請を行う理由・注意事項	・被保険者以外が申請する場合、被保険者が申請できない理由をご記入ください。 〔 〕 ・被扶養者が申請する場合、原則、被保険者に関する事項は証明できません。 ・申請者と被保険者、発行対象の被扶養者の続柄が確認できる書類(住民票等は依頼書を受付けた日の 3 か月以内に作成されたものに限る)を必ず添付ください。 例:住民票(マイナンバーの記載がないもの)の写し、戸籍謄本(抄本)の写し等

被保険者 ※発行の要不要に関わらず必ず記入	記号番号	記号	番号
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
	住 所	(〒 -)	
	事業所名称		
被扶養者 ※発行希望者のみ記入	氏 名		生年月日
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
証明書の発行理由	☐ 国民健康保険の加入手続きのため ☐ その他()		受 付 印

[注意事項]

- 提出日および太枠内を記入します。被保険者の記号番号が不明の場合は空欄で構いません。
- 申請者が被保険者の場合は被保険者欄の氏名および住所の記入は「同上」でも可です。
- 郵送のみ受付けます(FAX 不可)。申請者の住所に資格喪失証明書を送付いたします。
(発送日目安:本申請書、添付書類および資格喪失届または被扶養者異動届を不備なく受付けた日の翌々営業日)