

大阪装粧健康保険組合 「資格喪失証明書」 交付申請書

(任意継続被保険者用)

申請日：令和 年 月 日

被保険者（申請者）

記号・番号	900・		
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 電話 ()		
喪失・削除年月日	平成・令和 年 月 日		

被扶養者のみ証明を必要とする場合は、証明を必要とする被扶養者の氏名・続柄を記入

氏名		続柄 ()	氏名		続柄 ()
氏名		続柄 ()	氏名		続柄 ()
氏名		続柄 ()	氏名		続柄 ()

証明書を必要とする理由について（該当項目に✓を記入し内容を記載してください）

理由	提出先
<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入する為	(市区町村名) 国民健康保険
<input type="checkbox"/> 家族の被扶養者となる為	(名称・支部等) 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合・国保組合
<input type="checkbox"/> その他 ()	

上記のとおり申請します

※個人情報保護法の規定により、

申請者を確認できる書類(マイナンバーカード・運転免許証等の写し)を添付してください。