大阪装粧健康保険組合　「資格喪失証明書」交付申請書

申請日 ： 令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）

記号･番号	・	事業所名	
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　（喪失日は退職日の翌日です）		

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
☐国民健康保険に加入する為	（市区町村名） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 国民健康保険
☐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
☐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。
　（事業所経由で申請書を提出する場合は、下記事業所の確認により証明書類を省略できます）

事業所確認欄 （☐に✓を記入）	☐ 申請者本人を確認しました

（ R6.12 ）