健康保険 被保険者 資格喪失等証明書 交付申請書

申請者記入用　一証

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 資格喪失等証明書 交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。　記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

❶被保険者情報

被保険者証の（左づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ） 印		自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒　　－　　）	都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

❷申請内容

資格喪失者氏名	（フリガナ）	性別	女
保険者名称	全国健康保険協会　　支部	事業所名称	
資格取得年月日（入社した日）	平成　年　月　日	資格喪失年月日（退職日の翌日）	平成　年　月　日
出産予定日（出産日）	平成　年　月　日	□	0. 出産予定 1. 出産

該当時のみ記入

❸-1保険者名称（保険者番号）	被保険者証の記号・番号	事業所名称	資格取得年月日	資格喪失年月日
（　　）			平成　年　月　日	平成　年　月　日
（　　）			平成　年　月　日	平成　年　月　日
（　　）			平成　年　月　日	平成　年　月　日
（　　）			平成　年　月　日	平成　年　月　日
（　　）			平成　年　月　日	平成　年　月　日

❸-2変更前の氏名	（フリガナ）	変更後の氏名	（フリガナ） 【平成　年　月変更】

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

様式番号　7 1 1 1 1 1

協会使用欄

(28. 10)

受付日付印

全国健康保険協会
協会けんぽ