

常務理事	担当者	担当者	担当者

健康保険資格取得・喪失証明申請書

令和 年 月 日

JAST健康保険組合 御中

申請者 (被保険者)	被保険者等 記号・番号	・	事業所	大阪本社・東京本社・退職済
	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	喪失年月日	令和 年 月 日
	住所	〒 一		
	電話番号	() 一	※日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。	

(被扶養者)	氏名	続柄	生年月日	認定年月日	削除年月日
			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	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	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
			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

必要な証明書: 資格取得証明書・資格喪失証明書

証明書を必要とする理由:

※証明書の送付先の指定があれば記入してください。(記入がない場合は、上記住所へ送付します。)

ご住所: 〒

お名前:

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。

なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。