

資格喪失証明がほしいとき

常務理事	担当者	担当者	担当者

※黄色部分のみご記入ください

健康保険資格取得・喪失証明申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 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	〇〇〇 ・ 〇〇〇		事業所	大阪本社 ・ 東京本社 ・ 退職済	
	氏 名	健保 太郎		生年月日	昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日	
	取得年月日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日		喪失年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	住 所	〒 530 - 0005 ※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください 大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室				
	電話番号	(06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		※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	
	健保 花子	妻	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 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: 国民健康保険組合加入のため

※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

※送付先を申請者(被保険者)以外に指定する場合のみご記入ください

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。

資格取得証明がほしいとき

常務理事	担当者	担当者	担当者

※黄色部分のみご記入ください

健康保険資格取得・喪失証明申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 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	〇〇〇 ・ 〇〇〇		事業所	大阪本社 ・ 東京本社 ・ 退職済	
	氏 名	健保 太郎		生年月日	昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日	
	取得年月日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日		喪失年月日	令和 年 月 日	
	住 所	〒 530 - 0005 ※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください 大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室				
	電話番号	(06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		※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	
	健保 花子	妻	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 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: 健康保険被保険者証発行手続き中のため

※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

※送付先を申請者(被保険者)以外に指定する場合のみご記入ください

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。