

秘密

健康保険資格 取 得 失 証明書交付申請書

被保険者氏名		性別	生年月日
健保 太郎 (印)		男	昭和 平成 62 年 11 月 7 日 令和
被保険者住所	〒 000-0000 横浜市〇〇区〇〇町		
被保険者証 記号番号	2312 — 9999		
勤務して いる又は していた 事業所	名称	〇〇病院	
	所在地	横浜市〇〇区〇〇町	
資格取得年月日	平成 30 年 4 月 1 日 令和	資格喪失年月日	平成 03 年 6 月 1 日 令和
被扶養者氏名	続柄	性別	生年月日
健保 花子	妻	女	平成2年1月11日
交付を申請する理由 (該当する理由に○印をつけてください)			
① 退職等により国民健康保険等に参加するため 2. 被保険者が後期高齢者医療制度に移行したため 3. 資格喪失後の出産育児一時金等の直接支払制度を利用するため 4. その他 ()			

※ 証明書の発行は、資格取得日、資格喪失日以降になります。またその日以降であっても、事業所より資格取得届、資格喪失届、被扶養者異動届が提出されていることが必要となりますので、予めご了承ください。

年 月 日提出

受付日付印

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中