秘密

審査	入力	一次	二次	発送

健康保険資格喪失証明書 申請書

被保険者氏名	性別	生年月日
健保　太郎	(男) 女	(昭和) 平成 62 年 11 月 7 日 令和

被保険者住所	〒 ○○○−○○○○ 横浜市○○区○○町　　TEL○○○−○○○○−○○○○
被保険者記号番号	2312 — 9999
勤務している又はしていた事業所 名称	○○病院
勤務している又はしていた事業所 所在地	横浜市○○区○○町

資格取得年月日	資格喪失年月日
(平成) 令和 30 年 4 月 1 日	令和 7 年 6 月 1 日

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加入するため

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、事業所より資格喪失届、被扶養者異動届、資格確認書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。

受付日付印

年　　月　　日提出

神奈川県医療従事者健康保険組合　御中