

健康保険 喪失・削除証明書／在籍証明書 発行願

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

証明書発行対象者	被保険者等 (左づめ)		記号	番号		
	被保険者	氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	
		住所	〒 -			
	被扶養者	① 氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日
		② 氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日
		③ 氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日
		④ 氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日
		⑤ 氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日

証明書の種類	発行して欲しい証明書の ☒ に ☒	各証明書の説明
	☐ 喪失・削除証明書	・被保険者の資格喪失・被扶養者の資格削除を証明。
	☐ 在籍証明書	・被保険者・被扶養者について在籍している（していた）ことを証明。 ・ <u>こちらで医療機関等に受診することはできません。</u>

発送先	送って欲しい場所の ☒ に ☒
	☐ 被保険者の自宅 ☐ 事業所

受付日付印

上記のとおり証明書の発行を願います。

令和 年 月 日

東京都ニット健康保険組合【2024.12】