

決 裁 年 月 日		令 和 年 月 日			
常務理事	事務局長	事務局次長	課 長	課長補佐	担 当

東京都歯科健康保険組合 御中

資格喪失（削除）証明書交付依頼書

令和 年 月 日 提出

被保険者証の記号・番号	記号	番号			
被保険者の氏名		性別	男 ・ 女		
被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成		年	月	日
事業所名					
資格喪失年月日	平成 ・ 令和		年	月	日

被扶養者を証明する場合は、必ず記入してください。

被扶養者氏名	続柄	生年月日	資格喪失（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

証明書の用途 ※ア・イ いずれかに ○をしてください。	ア. 他保険加入（国民健康保険など）のため
	イ. 出産育児一時金直接支払制度を利用するため 出産予定日 令和 年 月 日

【請 求 者】 （証明書の送付先） ※必ず記入して下さい。

氏 名	
住 所	〒
電話番号	※日中に連絡が可能な電話番号を記入してください。

*この依頼書は、資格喪失の手続きが済んでからご郵送してください。

*返信用封筒を同封してください。
返信用封筒には宛先・宛名をご記入のうえ、84円切手をお貼りください。
(特定記録郵便を希望される場合は、244円切手をお貼りください。)