

記入例

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3年10月1日 提出

被保険者証の記号・番号	記号 1 2 3 4	番号 1 1 8
被保険者の氏名	健保 太郎	性別 男 ・ 女
被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成 60年 11月 8日	
事業所名	健保歯科医院	
資格喪失年月日	平成 ・ 令和 3年 9月 1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
健保 花子	妻	昭和・平成・令和 62年 1月 18日	昭和・平成・令和 3年 9月 1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。	<input checked="" type="radio"/> ア. 他保険加入（国民健康保険など）のため
	<input type="radio"/> 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	健保 太郎
住所	〒170-0004 東京都豊島区北大塚〇-〇-〇
電話番号	03-3918-〇〇〇〇 携帯090-1234-〇〇〇〇 ※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。）