

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 1 0 月 1 日 提出

被保険者記号・番号	記号 1 2 3 4	番号 1 1 8
被保険者の氏名	健保 太郎	
被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成 6 0 年 1 1 月 8 日	
事業所名	健保歯科医院	
資格喪失年月日	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 6 2 年 1 月 1 8 日	令和 3 年 9 月 1 日
		昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	令和 年 月 日
		昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	令和 年 月 日
		昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	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	健保 太郎
住 所	〒170-0004 東京都豊島区北大塚〇ー〇ー〇
電話番号	0 3 - 3 9 1 8 - 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、110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、320円切手をお貼りください。）