

健康保険資格喪失証明書交付申請書

①被保険者(本人)の情報を記載

被保険者等 記号-番号	記号		番号	
フリガナ				
被保険者氏名				
日中繋がる電話番号				
証明が必要な方	☐ 被保険者本人			
	☐ 加入者全員			
	☐ 右記被扶養者	氏名（ ）		
		続柄（ ）		
健康保険資格喪失日（退職日の場合、翌日を記載願います） （例：3月31日退職の場合、資格喪失日は4月1日）				
令和 年 月 日				

②健康保険資格喪失証明書の送付先の情報を記載

送付先住所	
〒	
宛名（宛名は①内の被保険者氏名と同じ場合は記載不要）	
(続柄)	

【注意事項】

- ・事業主から健康保険資格喪失届を受理した後の発行となるため、事前発行はできません。
- ・発行されましたら、健保より送付先住所へ普通郵便でお送りします。

【提出先】

ネクステージグループ健康保険組合

〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702号室

受 付 印

証明書発行日	常務理事	事務長	担当	担当