

決 裁	令和	年	月	日
	理事長	担当理事	事務局長	担当者

No. \_\_\_\_\_

被保険者資格喪失（脱退）証明交付申請書				
被保険者証記号	79 -	番号		
現住所	〒 TEL ( )			
	氏名	続柄	性別	生年月日
組 合 員  家 族		本人	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
事業所名		事業主氏名		
資格喪失年月日	※ 令和 年 月 日			
喪失証明書交付 申請理由				
上記のとおり被保険者資格喪失(脱退)証明書の交付を受けたく申請いたします。				
令和 年 月 日				
〒 TEL ( )				
郵送先住所				(自署)
郵送先氏名				
東京美容国民健康保険組合 理事長殿				

≪被保険者証を返還していただかないと発行できません。≫  
 ≪※欄は記入しないでください。≫  
 ≪証明書は下段の郵送先住所に送付いたします。≫