全農健康保険組合理事長　殿
下記の通り、証明書の発行をお願いします。

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険　資格喪失証明書発行依頼書

下記について、必要事項ご記入のうえ、事業所経由で届出ください。
証明書は、事業所から資格喪失の届出が提出され、当組合での手続き完了後、発行いたします。
手続きが完了していない場合、発行手続きは保留となりますので、あらかじめご承知おきください。
※事業所経由で送付します。任意継続の方は自宅へ郵送します。

発行する証明書の対象者 ❶チェックをいれる	☐ 被保険者のみ	☐ 被保険者 ＋ 被扶養者（家族）	☐ 被扶養者（家族）

※被扶養者に関する証明書の場合、被保険者の情報も併せて記載されます。

❷被保険者	依頼年月日	令和　　年　　月　　日				
	健康保険 記号番号	記号		番号		
	事業所名称					
	ふりかな 氏　　名					
	生年月日	元号	年	月	日	
	現　住　所	〒				

被扶養者(家族)分の証明書を希望する場合は、下記❸もご記入ください。

	ふりがな 氏　　名	生年月日				続柄 妻、長男等
❸被扶養者（該当者のみ）		元号	年	月	日	
		元号	年	月	日	
		元号	年	月	日	
		元号	年	月	日	

❹ 喪失の理由と 提出先 （使用目的）	※退職後、「資格喪失証明書」が必要となるのは、主に「国民健康保険」への加入の場合です。

健保受付印