

決 裁	平成	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		本人	男・女	昭和 平成 年 月 日
家			男・女	昭和 平成 年 月 日
			男・女	昭和 平成 年 月 日
族			男・女	昭和 平成 年 月 日
			男・女	昭和 平成 年 月 日
事業所名		事業主氏名		
資格喪失年月日	※ 平成 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。				
平成 年 月 日				
〒 TEL ()				
郵送先住所				印
郵送先氏名				
東京美容国民健康保険組合 理事長殿				

≪保険者証を返還していただかないと発行できません≫
 ≪※印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。≫
 ≪本人の署名・捺印でないと発行できない場合があります。≫