日本電気健康保険組合 御中

健康保険資格喪失証明書交付願（退職者用）

※ 提出（送付）先は下欄。　　令和　　年　　月　　日　提出

健康保険 記号　　番号	生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日生
フリガナ 被保険者氏名	退職年月日 令和　　年　　月　　日付退職
会社名	
所　属	
送付先（自宅住所、送付希望先住所） 〒　　－ TEL　　（　　）	
提出先　および　必要枚数 部（未記入の場合は１部とします）	
使　途 公的医療保険に加入するため・その他（　　）	

【注意事項】
※退職時まで扶養していた方（被扶養者）全員を含めて証明いたします。
※日本電気健康保険組合の任意継続被保険者制度に加入される場合は、当該証明書交付願の提出は不要です。
※事業主からの喪失届を受理してからの発行となるため事前の発行はできません。
　退職日の１０日ほど後に健保からご自宅へ普通郵便でお送りいたします。

【本交付願提出先】
日本電気健康保険組合 適用担当
社内文書メール：〒185-250
〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11
TELNET：8-185-230　　TEL：03-3461-9373

健保使用欄	
	発送日　　年　　月　　日
	発行NO.

健保承認	マネージャー	主任	担当	受付日