

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険 資格喪失証明書発行願い

受付日

東京文具工業健康保険組合 殿

令和 年 月 日 提出

記号		番号						
被保険者氏名				被保険者生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者住所	〒 -							
送付先住所	〒 -							
証明書を必要とする者の氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	上記被保険者住所に 送付希望の場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> を入れてください。
		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
申請理由（使用目的）								

※下記住所へご提出ください。

〒111-0053

東京都台東区浅草橋1-3-14

東京文具工業健康保険組合

業務課 資格係