

自動車振興会健康保険組合理事長 殿

依 頼 書

下記の者について、健康保険資格喪失・削除証明書の発行を依頼します。

記号一番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

交付対象者 \_\_\_\_\_ 続 柄  
( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

提 出 先 \_\_\_\_\_

使 用 目 的 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

(日中に連絡可能な番号)

※申請者の本人確認ができる書類(運転免許証等 公的機関交付のもの)の写しと、  
返信用封筒を同封してください。