自動車振興会健康保険組合理事長　殿

資格喪失・削除証明書 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－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、切手を貼付した返信用封筒（送付先住所を記載）を同封してください。