

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—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。