

事務長	職 員	係

石川県医師国民健康保険組合組合員・被保険者資格喪失証明書交付申請書

被 保 険 者	1	フリガナ			
		氏 名			
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	2	フリガナ			
		氏 名			
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	3	フリガナ			
		氏 名			
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	4	フリガナ			
		氏 名			
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女
証明書発行事由		新しい保険先の加入手続きに必要なため			

上記の被保険者にかかる喪失証明書を交付願います。

令和 年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

申 請 者 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

(あて先)

石川県医師国民健康保険組合理事長