

令和 年 月 日

キッコーマン健康保険組合 御中

## 資格喪失証明書発行依頼

会 社 名 \_\_\_\_\_

所 属 \_\_\_\_\_

保 険 証 明 書 記 号 番 号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

標記の件、下記使用目的のため健康保険資格喪失証明書の発行をお願いします。

記

使 用 目 的 \_\_\_\_\_

提 出 先 \_\_\_\_\_

注意事項 原則1部発行となっております。

2部以上必要な場合は、使用目的、提出先ごとに申請ください。