

令和 年 月 日

全日本空輸健康保険組合理事長 殿

## 健康保険資格喪失証明書申請書

次のとおり申請いたします。

被 保 険 者 氏 名									印
記 号				被 保 険 者 証 番 号					
事業所名(会社名)									
所属(部署名)									
被 保 険 者 現 住 所									
連 絡 先 電 話 番 号									
証 明 対 象 者									
証 明 書 提 出 先									
提 出 理 由									

上記に必要事項をご記入の上、健保組合まで送付してください。

証明書は原則として郵送いたしますので、返送先住所を記入し切手を貼った返信用封筒を同封してください。

証明対象が被扶養者の場合、「健康保険被扶養者異動届」で被扶養者減の手続きをしてから申請してください。

<送付先>

〒105-7140

東京都港区東新橋1-5-2 汐留シティセンター

全日本空輸健康保険組合 適用係 (Tel 03-6735-5820)