

# 健康保険資格取得・喪失証明発行依頼書

ロートグループ健康保険組合 理事長 殿

## 1. 申請者

提出日 年 月 日

申請者	被保険者等	記号	番号	住所	〒 -
	氏名				

## 2. 依頼証明書

- 資格取得証明書  
 資格喪失証明書

## 3. 発行対象者

- 被保険者および被扶養者全員  
 被保険者分  
 被扶養者全員  
 特定の被扶養者

氏名 : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## 4. 証明書の返却先

- 職場（資格取得証明は事業主経由で職場へ返却します。）  
 被保険者住所（上記申請者欄に記入の住所）  
 以下に送付ください。

住所 : 〒 \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_

受付印

### 【健保記入欄】

常務理事	事務長	担当者	担当者	処理日
				年 月 日