常務理事	事務長	担当者	労務担当者

健康保険　資格喪失証明書交付申請書【被保険者退職用】

リンナイ健康保険組合　御中

以下のとおり資格喪失証明書の交付を申請します。　　令和　　年　　月　　日提出

記号・番号	記　号 / 番　号	社員番号		事業所名称	
氏　　名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年　月　日	
送付先住所	〒　　－				
電話番号		資格喪失日（退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日		
発行理由	☐ 国民健康保険に加入の為 ☐ その他（　　）				
備　考					

※被保険者以外の方が申請する場合に記入してください

申請者氏名	フリガナ	被保険者との関係	
電話番号		申請代行の理由	

【注意事項】

・退職後、国民健康保険等の加入手続きに必要な方のみ提出してください。

・退職時点で扶養していた方を含めた証明書が交付されます。

・任意継続に加入される場合は提出不要です。

・事業所から健康保険資格喪失届が健保に提出された以降の発行となるため事前発行はできません。
発行までにお時間がかかる場合がございますので予めご了承ください。
※お急ぎの場合は、事業所（会社）担当者に退職証明書または資格喪失連絡票についてご相談ください。

・「資格喪失証明書」は上記送付先住所へ普通郵便でお送りします。

【問合せ先・申請書送付先】
リンナイ健康保険組合
〒454-0802 名古屋市中川区福住2-26
TEL：052-361-8386