

# 健康保険喪失証明書交付申請書

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	記号		番号	
	(フリガナ) 氏名				
	生年月日				
	現住所				
	資格取得年月日		資格喪失年月日		

出産育児一時金の直接支払制度利用のため、上記のとおり健康保険資格喪失証明書の交付を申請します。

平成 年 月 日

北海道農業団体健康保険組合 理事長 殿