

様式12(記入例)

・色付けされた欄に必要事項を記入してください。
 ・資格喪失証明書の発行は、資格喪失日以降となりますので、あらかじめ御承知をお願いします。

共済組合資格に関する申請書

組合員等記号・番号	0820-	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
組合員氏名	共済 一郎	生年月日 (S)・H・R 〇〇年 〇〇月 〇〇日

証明対象者

	氏名	続柄	生年月日
共済組合員	共済 一郎	資格喪失証明書が必要な者を記入してください。	
被扶養者	共済 花子	配偶者	(S)・H・R 〇〇年 〇〇月 〇〇日
			S・H・R 年 月 日
			S・H・R 年 月 日
			S・H・R 年 月 日
			S・H・R 年 資格喪失年月日 退職日の翌日、認定取消日
資格	取得 喪失	年月日	H・(R) 4年 4月 1日
証明書の使用目的	国民健康保険に加入するため		

該当する項目を○で囲んでください。

上記のとおり (共済組合員) の資格を (取得) (喪失) したことを証明願います。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

所 属 所 元〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 住 所 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1
 申 請 者 氏 名 共済 一郎