理事長	常務理事	事務長	課　長	係　長	係

令和　　年　　月　　日

東京アパレル健康保険組合
理事長　　殿

〒
住　所
申請者　電　話
氏　名

被扶養者削除証明願

国民健康保険等の被保険者資格を取得するにあたり必要がありますので、下記の事項を証明願います。

記

被保険者	証明事項			
	記　号		番　号	
	氏　名			
	勤務先			
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		

上記の被扶養者であった者	氏　名	続　柄	被扶養者から除外された日
			令和　　年　　月　　日
			令和　　年　　月　　日
			令和　　年　　月　　日
			令和　　年　　月　　日
			令和　　年　　月　　日
			令和　　年　　月　　日