

常務理事	事務長	担当	

健康保険 被保険者 取得・喪失日 証明願
 被扶養者 認定・削除日

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	保 険 証 の 号 記 号 ・ 番 号	記号	番号	
	事 業 所 名 (原 籍 会 社 名)			
	氏 名	⑨		
	住 所	〒		
	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	

<希望する証明事項>

※希望する証明事項の□欄にチェックを入れ、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的をご記入ください

<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 資格取得日	<input type="checkbox"/> 資格喪失日
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

	氏 名	生年月日	証明事項
□ 被 扶 養 者		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格認定日 <input type="checkbox"/> 資格削除日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格認定日 <input type="checkbox"/> 資格削除日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格認定日 <input type="checkbox"/> 資格削除日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格認定日 <input type="checkbox"/> 資格削除日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格認定日 <input type="checkbox"/> 資格削除日

提 出 先	() 市・区・その他 ()
-------	-----------------

提 出 目 的	国民健康保険加入 ・ その他 ()
---------	--------------------

証 明 書 の 送 付 先 (□ に チェ ッ ク)	<input type="checkbox"/> 勤務先に送付 <input type="checkbox"/> 被保険者住所に送付 <input type="checkbox"/> その他に送付 [実家・転居先] ※下記を記入してください 〒 — 電話 () 住所 宛名 (様方)
---------------------------------	--

※この証明書には健康保険組合名は表示しますが、事業所名の表示はできません。

..... 受付日付印