

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

健康保険 証明書交付申請書

被 保 險 者 情 報	記号		番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名						
	住所	〒 -				電話番号	
	勤務する (していた) 事業所	名称					
		所在地					

交付を希望する証明書	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 資格証明書
------------	----------------------------------	--------------------------------

▼被保険者を含め交付対象者を記入してください。

交付対象者	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	備考欄
	-----		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	-----		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	-----		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	-----		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	

交付の理由	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の(加入・脱退)手続きのため
	<input type="checkbox"/> その他 []

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合に記入してください。					
希望送付先	住所	〒 -			
	宛名	電話番号			

※当組合が申請書を受理した日より1週間以内に発送いたします。

(資格取得・資格喪失・扶養認定の処理が完了している場合に限ります。)

受付