

## 証 明 書 交 付 願

平成 年 月 日提出

被保険者証 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

フリガナ 被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印) 生年月日 昭和 年 月 日生  
 入社または 昭和 年 月 日付 入社  
 退職年月日 平成 年 月 日 退職

会社名 \_\_\_\_\_ 文書メールNo. \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_ TELNET \_\_\_\_\_

被保険者現住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL ( ) \_\_\_\_\_

◎被扶養者を証明する場合は必ず記入してください。

フリガナ 被扶養者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 明治・大正 昭和・平成 年 月 日

フリガナ 被扶養者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 明治・大正 昭和・平成 年 月 日

◎出産育児一時金の不支給を証明をする場合は必ず記入してください。

フリガナ 出生児氏名 \_\_\_\_\_ 出産日 平成 年 月 日

※証明を要求する事項に○印をつけ、所定の用紙に証明する場合はその用紙を添付してください。

種 類(適用)	証明する用紙	種 類(給付)	証明する用紙
1. 被保険者 資格取得証明 被扶養者	有・無	1. 乳児医療受給証明	有・無
2. 被保険者 資格喪失証明 被扶養者	有・無	2. 公費負担受給証明	有・無
3. 被扶養者非認定証明	有・無	3. 出産育児一時金 不支給証明	有・無
4. 健康保険料納入証明(事業主用) ( 年 月分～ 年 月分)	有・無	4. その他	有・無

入手希望日 平成 年 月 日

※送付までに健康保険組合受付後1週間程度要します。

提出先 \_\_\_\_\_

用途 \_\_\_\_\_

健 保 処 理 欄	No. _____ 送付日 平成 年 月 日	マネージャー	主任	担当