

## 証明書交付願(適用関連)

令和 XX 年 XX 月 XX 日提出

被保険者証 記号: XXX 番号: XXXXXXXX

フリガナ ケンボ タロウ  
被保険者氏名: 健保 太郎 生年月日: 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日生

入社または 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日付 入社  
退職年月日: 令和 退職

会社名: NEC〇〇〇〇株式会社

文書メールNo.: 185-0000

所属: 〇〇〇事業部 △△△部 ×××グループ

TELNET: 8-123-12345

被保険者現住所 〒 123 - 4567

東京都〇〇区〇〇町 ××-××-×××

TEL:  
( 03 ) 1234-1234

◎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 ケンボ ハナコ  
被扶養者氏名: 健保 花子 続柄: 妻 生年月日: 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日  
令和

フリガナ  
被扶養者氏名: 続柄: 生年月日: 昭和・平成 年 月 日  
令和

フリガナ  
被扶養者氏名: 続柄: 生年月日: 昭和・平成 年 月 日  
令和

フリガナ  
被扶養者氏名: 続柄: 生年月日: 昭和・平成 年 月 日  
令和

※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申請ください。

種類	証明する用紙	種類	証明する用紙
1 被保険者 被扶養者 資格取得証明	有・無	5 健保等級証明 証明期間 年 月～ 年 月	有・無
2 被保険者 被扶養者 資格喪失証明	有・無		
3 被扶養者非認定証明	有・無	6 その他 (名称)	有・無
4 【事業主用】健康保険料納入証明 ( 年 月分～ 年 月分)	有・無		

入手希望日: 令和 XX 年 XX 月 XX 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: 〇〇県△△市役所

下記部分には記入や  
押印はしないでください

使途: 例)国民健康保険加入のため

発行NO.	発行日	年	月	日	マネージャー	E/S	担当	受付日