日本電気健康保険組合 御中

証明書交付願（適用関連）

令和 XX 年 XX 月 XX 日提出

健康保険　記号：XXX　　番号：XXXXXXX

フリガナ　ケンポ　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

入社または退職年月日：昭和・平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日付　入社・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 被扶養者氏名	続柄	生年月日
フリガナ ケンポ　ハナコ 健保　花子	妻	昭和・平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日
フリガナ 被扶養者氏名：	続柄：	昭和・平成・令和　年　月　日
フリガナ 被扶養者氏名：	続柄：	昭和・平成・令和　年　月　日
フリガナ 被扶養者氏名：	続柄：	昭和・平成・令和　年　月　日

※証明を要求する事項に〇印をつけ、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

使途：例）国民健康保険加入のため

下記部分には記入や押印はしないでください

健保使用欄	発送日　年　月　日	健保承認	マネージャー	E/S	担当	受付日
	発行 NO.					