

証明書交付願 (適用関連)

令和 年 月 日提出

被保険者証 記号： 番号： _____

フリガナ

被保険者氏名： _____ 生年月日： 昭和・平成 年 月 日生

入社または 昭和・平成・ 年 月 日付 入社
退職年月日： 令和 退職

文書メールNo.： _____

会社名： _____

TELNET： _____

所属： _____

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： 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	健保等級証明日 年 月 日付	有・無
2	被保険者 被扶養者 資格喪失証明	有・無		証明期間 年 月 ~ 年 月	
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 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 使用欄	発送日	年 月 日	健保 承認	マネージャー	主任	担当	受付日
	発行NO.						