

証明書交付願（適用関連）

令和 年 月 日提出

健康保険 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

会社名： 文書メールNo.：

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：

使途：

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.					