

## 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 入社  
退職年月日 : 令和 日付 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 続柄 : 生年月日 : 昭和・平成・ 年 月 日  
被保険者氏名 :フリガナ 続柄 : 生年月日 : 昭和・平成・ 年 月 日  
被扶養者氏名 :フリガナ 続柄 : 生年月日 : 昭和・平成・ 年 月 日  
被扶養者氏名 :フリガナ 続柄 : 生年月日 : 昭和・平成・ 年 月 日  
被扶養者氏名 :

※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.						