

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: NECOOOO株式会社 文書メールNo: 185-0000

所属: ○○○事業部 △△△部 ×××グループ

被保険者現住所 〒 123 - 4567
 東京都○○区○○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・
 令和 XX 年 XX 月 XX 日

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

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

※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
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)
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: ○○県△△市役所

下記部分には記入や
押印はしないでください

用途: 例)国民健康保険加入のため

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.					