

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: XXXXXXXX

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: 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

被保険者現住所 〒 123 - 4567 TEL :  
東京都〇〇区〇〇町 ××-××-××× ( 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 XX 年 XX 月 XX 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<br>被扶養者 資格取得証明              | 有・無    | 5  | 健保等級証明           | 有・無    |
| 2  | 被保険者<br>被扶養者 資格喪失証明              | 有・無    |    | 証明期間<br>年 月～ 年 月 |        |
| 3  | 被扶養者非認定証明                        | 有・無    | 6  | その他<br>(名称)      | 有・無    |
| 4  | 【事業主用】健康保険料納入証明<br>( 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.    |      |        |     |    |     |