

健康保険 各種証明書交付申請書

健保捺印欄	常務理事	事務長		担当者

被保険者証 記号-番号	-			被保険者 氏 名					
事業所名 (会社名)				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
住 所	〒								
資格取得日	平成 令和	年	月	日	資格喪失日	平成 令和	年	月	日
証明の 必要な 被扶養者名	①		続柄		③		続柄		
	②		続柄		④		続柄		

必 要 な 証 明 書	書 類 名	提 出 先
	<input type="checkbox"/> 資格取得証明書	
	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書	
	<input type="checkbox"/> 保険料納付証明書	
	<input type="checkbox"/> 保険給付費支給証明書	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

申請者氏名 <small>(被保険者でない場合)</small>		連絡先 電話番号	
-------------------------------------	--	-------------	--

注意: 『資格喪失証明書』の発行には、事業所から当組合への資格喪失届の届出及び被保険者証の返却が必要です。当組合での資格喪失届等の手続き完了後、証明書を発行いたします。手続き状況によっては、発行までお時間をいただくことがあります。

健保確認印	健保受付印