

常務理事	事務長	担当者

健康保険関係事項証明申請書

① 被保険者証の 記号・番号	—	② 被保険者氏名	④
③ 被保険者 の住所地	〒 TEL		
④ 証明の対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	⑤ 証明書 の使用目的	
⑥ 証明の項目	<input type="checkbox"/> 被保険者資格(<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失) <input type="checkbox"/> 被扶養者資格(<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 削除) <input type="checkbox"/> 保険給付記録(給付金名称：) <input type="checkbox"/> その他()		
⑦ 備考			

※②の被保険者氏名欄には、必ず押印して下さい。(押印のないものは、受付できません。)

※③の被保険者の住所地欄には、連絡可能な電話番号を必ず記入して下さい。

※④証明書の対象者欄及び⑥証明の項目欄の該当項目口にチェックマークを付けて下さい。

※⑦備考欄は、連絡事項がある場合に利用して下さい。

上記のとおり証明書の交付を申請します。

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

受付日付印