

常務理事	事務長	担当者	

健康保険関係事項証明申請書

被 保 険 者	被保険者の記号及び番号		フリガナ		
	(記号)	(番号)	氏名		
	住所	〒 -		日中の連絡先	-

発行する証明書(該当する項目に☑してください)					
<input type="checkbox"/> 資格取得(認定)証明書 <input type="checkbox"/> 資格喪失(削除)証明書 <input type="checkbox"/> その他()					
証明対象者(証明が必要となる方の氏名と続柄)					
氏名		続柄		氏名	
氏名		続柄		氏名	
証明書の使用目的					
目的				提出先	
備考欄(申出事項がある場合に記入してください)					

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者本人(被保険者)の署名が必要となります。

※日中の連絡先欄には、連絡可能な電話番号を記入してください。場合により連絡をすることがあります。

※証明書は原則、被保険者住所地に速達便で発送いたします。

健保組合使用欄

受付年月日
