

	常務理事	事務長	担当者
伺			

## 健康保険 資格確認等証明書発行申請書

健康保険 被保険者証の	記号		番号		
被保険者氏名	フリガナ		生年月日	3. 大正 5. 昭和 7. 平成	年 月 日
被保険者の 現住所	〒		証明書等 送付先	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅	
事業所名称 〔資格喪失証明の場合は 勤務していた事業所名〕					
必要とする 証明書の 種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 資格証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険 資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険 資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険 被扶養者削除証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険等加入連絡票 <input type="checkbox"/> 健康保険等脱退連絡票 <input type="checkbox"/> 医療費通知書（      年      月分 ～      年      月分）				
証明書が 必要な方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯全員（被保険者及び被扶養者全て） <input type="checkbox"/> 被扶養者（必要な方の氏名を下記に記入して下さい。）				
	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和      年 月 日
	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和      年 月 日
	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和      年 月 日
証明書を必要 とする理由	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入または脱退の手続き <input type="checkbox"/> その他      〔理由      〕 <input type="checkbox"/> 確定申告の手続きに使用するため				
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>					