

健康保険 被保険者 取得・喪失日 証明願
 被扶養者 認定・削除日

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

下記事項について証明願います。

被 保 険 者	保 険 証 の 記 号 ・ 番 号	
	事 業 所 名	
	氏 名	
	住 所	〒
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日

<希望する証明事項>

※希望する証明事項の□欄にチェックを入れ、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 資格取得日	<input type="checkbox"/> 資格喪失日
<input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	証明事項
	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
提 出 先	市・区・その他 ()	
提 出 目 的	国民健康保険加入・その他 ()	

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 _____

証 明 書 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所に送付
	<input type="checkbox"/> その他に送付 ※ 下記を記入してください。
	〒 _____ 電話 ()
	住所 _____
	宛名 (様方)