

常務理事		担当者	

任意継続

被保険者資格取得
被扶養者喪失

証明書交付願

保険料納付済期間

記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 日 生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
被 保 険 者 名 氏	(フリガナ)		備 考 欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類(マイナンバーカードの写等)が必要です。)		
被 保 険 者 所 号 住 電 話 番 号	〒 TEL					
証 明 内 容	・取得の証明 ☐ 被保険者のみ ☐ 被扶養者(希望者のみ) ☐ 被保険者および被扶養者(全員)		証明を希望する被扶養者の氏名			
	・喪失の証明 ☐ 被保険者のみ ☐ 被扶養者(希望者のみ) ☐ 被保険者および被扶養者(全員) ※取得・喪失のいずれの証明にも、被保険者の氏名と取得日(喪失日)は記載されます。					
	☐ 保険料納付済期間		証明期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
申 請 理 由						
提 出 先						
* 上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 ※送付先を記した封筒を本書に同封してください。						
住 所	〒 TEL					
宛 名						

上記対象者にかかる健康保険資格を証明願います。

令和 年 月 日