

常務理事		担当者	

健康保険 被保険者 資格 取得 証明書 交付願 被扶養者 喪失

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 対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> ・取得の証明 <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者(希望者のみ) <input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者(全員) ・喪失の証明 <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者(希望者のみ) <input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者(全員) <p style="font-size: small;">※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。</p>	証明を希望する被扶養者の氏名 ① ② ③ ④	
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。			
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