

健保 使用 欄	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

証明書交付申請書

※日付はすべて和暦で記入

被保険者証		記号		番号	
事業所名					
被保険者氏名					印 (回転印不可)
生年月日		(和暦)		年	月 日
住 所		〒	—	TEL	()
2 の 該 項 1 者	資格取得日	(和暦)		年	月 日
	資格喪失日 ※退職日の翌日	(和暦)		年	月 日
空白 部分 には、 該 当 箇 所 に 「 レ 」 を 入 れ て く だ さ い 。	証明事項	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 資格 (<input type="checkbox"/> 取得・ <input type="checkbox"/> 喪失) 証明書 (被扶養者氏名)			
		<input type="checkbox"/> 2. 健康保険加入証明書 (事業所名称・事業所所在地等の証明を含む)			
		<input type="checkbox"/> 3. I H I 播磨病院 診療費一部負担金受領証明書 (年 月 ~ 年 月 診療分)			
		<input type="checkbox"/> 4. 健康保険料支払証明 (任意継続被保険者の方のみ) (年 月 ~ 年 月 分)			
		<input type="checkbox"/> 5. その他 [_____]			
証明書提出先		<input type="checkbox"/> 1. () <input type="checkbox"/> 市・ <input type="checkbox"/> 区・ <input type="checkbox"/> 町・ <input type="checkbox"/> 村役所 (場) <input type="checkbox"/> 2. () 税務署 <input type="checkbox"/> 3. () <input type="checkbox"/> 健保組合・ <input type="checkbox"/> 社会保険事務所・ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 4. その他 ()			
証明書が必要な理由		<input type="checkbox"/> 1. 国民健康保険加入のため <input type="checkbox"/> 2. 健康保険・共済組合の被扶養者になるため <input type="checkbox"/> 3. 確定申告するため <input type="checkbox"/> 4. その他 ()			
交付希望年月日		年 月 日			受付日付印
		(交付希望日の5日前までに提出してください)			