

健康 使用 欄	常務理事	事務長	課長		担当

証 明 書 交 付 申 請 書

被保険者等	記号		番号	
事業所名				
被保険者氏名				
生年月日	(和暦)	年	月	日
居所住所	〒	—	TEL	()
2 の 証 明 事 項 の 該 当 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 ま た は 入 力 し て く だ さ い。	証明事項	<input type="checkbox"/> 1. 資格証明書 (<input type="checkbox"/> 取得・ <input type="checkbox"/> 喪失) (対象者氏名)		
		<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. 医療費のお知らせ (診療から約3ヵ月後の25日から発行可能 例: 11月診療⇒2月25日以降) (和暦) 年 月 ~ (和暦) 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) (和暦) 年 月 ~ (和暦) 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		(和暦)	年	月 日
(交付希望日の5日前までに提出してください)				