

健 保 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」を入れたは入力してください。	証明事項	<div><div><input type="checkbox"/> 1. 資格証明書 (<input type="checkbox"/> 取得・<input type="checkbox"/> 喪失) (対象者氏名)</div><div><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)</div><div><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)</div><div><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)</div><div><input type="checkbox"/> 5. その他 [_____] [_____]</div></div>					
	証明書提出先	<div><input type="checkbox"/> 1. () <input type="checkbox"/> 市・<input type="checkbox"/> 区・<input type="checkbox"/> 町・<input type="checkbox"/> 村役所 (場)</div> <div><input type="checkbox"/> 2. () 税務署</div> <div><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</div> <div><input type="checkbox"/> 4. その他 ()</div>					
	証明書が必要な理由	<div><input type="checkbox"/> 1. 国民健康保険加入のため</div> <div><input type="checkbox"/> 2. 健康保険・共済組合の被扶養者になるため</div> <div><input type="checkbox"/> 3. 確定申告するため</div> <div><input type="checkbox"/> 4. その他 ()</div>					
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)					受付日付印