


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	777	番号	222222		
事業所名	株式会社 IHI					
被保険者氏名	健保 組男					
生年月日	(和暦)	××	〇〇	年	12	月 12 日
住 所	〒	987	-	6543	TEL	090 (9999) 7888
	東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇					
2の 証明 事項 1者	資格取得日	(和暦)	××	〇〇	年	4 月 1 日
	資格喪失日 ※退職日の翌日	(和暦)	××	〇〇	年	4 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 資格 ( <input type="checkbox"/> 取得・ <input checked="" type="checkbox"/> 喪失) 証明書 ( 被扶養者氏名 <b>健保 花子</b> )				
		<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. IHI 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 checked="" type="checkbox"/> 4. 健康保険料支払証明 (任意継続被保険者の方のみ) ( ×× 〇〇 年 4 月 ~ ×× 〇〇 年 3 月 分 )				
		<input type="checkbox"/> 5. その他 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>				
証明書提出先		<input checked="" type="checkbox"/> 1. ( <b>目黒</b> ) <input type="checkbox"/> 市・ <input checked="" 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 checked="" 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		×× 〇〇 年 4 月 7 日				<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 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)						