

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

被保険者等	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	
居所住所	〒 987 - 6543		TEL	090 (9999)		7888			
東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇									
2 の 該 当 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、該当箇所に必要な事項を記入または入力してください。	証明事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 資格証明書 (<input type="checkbox"/> 取得・ <input checked="" type="checkbox"/> 喪失) (対象者氏名 健保 花子) <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 checked="" 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) (×× 〇〇 年 1 月 ~ ×× 〇〇 年 11 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) (和暦) (×× 〇〇 年 4 月 ~ ×× 〇〇 年 3 月 分) <input type="checkbox"/> 5. その他 [_____]							
	証明書提出先	<input checked="" type="checkbox"/> 1. (目黒) <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	(和暦)	××	〇〇	年	4	月	7	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	