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）　××	○○　年　１２　月　１２　日		
居所住所	〒　９８７　－　６５４３	℡　０９０　（　９９９９　）　７８８８		
	東京都○○区○○町○○-○○			
証明事項１．２の該当者 資格取得日	（和暦）　××	○○　年　４　月　１　日		
証明事項１．２の該当者 資格喪失日 ※退職日の翌日	（和暦）　××	○○　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。必要事項を記入または入力してください。

証明事項

- [レ] １．資格証明書（ [ ] 取得・ [レ] 喪失）
  （　対象者氏名　健保　花子　）
- [ ] 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）
- [レ] ３．医療費のお知らせ（診療から約3か月後の25日から発行可能　例：11月診療⇒2月25日以降
  （（和暦）××　○○　年　１　月　～　（和暦）××　○○　年　１１　月　診療分　）
- [レ] 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　４　月　～　（和暦）××　○○　年　３　月　分　）
- [ ] ５．その他
  （　　）

証明書提出先

- [レ] １．（　目黒　）　[ ] 市・[レ] 区・[ ] 町・[ ] 村役所（場）
- [ ] ２．（　　）　税務署
- [ ] ３．（　　）　[ ] 健保組合・[ ] 社会保険事務所・[ ] 共済組合
- [ ] ４．その他　（　　）

証明書が必要な理由

- [ ] １．国民健康保険加入のため
- [ ] ２．健康保険・共済組合の被扶養者になるため
- [レ] ３．確定申告するため
- [ ] ４．その他　（　　）

交付希望年月日	（和暦）　××　○○　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