

健康保険組合		
長	長	担当者

事業主健保担当課長		
長	長	担当者

健康保険(各種)証明書等発行願

1. 被保険者記入欄

フリガナ			
氏名		被保険者番号	
現住所	〒		
連絡先			

2. 発行書類(該当する書類を選択下さい。)

- 健康保険資格取得証明書
 健康保険資格喪失証明書
 その他()

3. 証明書を必要とする理由(該当する書類を選択下さい。)

- 他の健康保険の加入(脱退)手続き
 その他()

4. 証明書が必要な方(資格喪失証明書等)

氏名	フリガナ	生年月日	続柄
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	

※発行いたしました証明書類等は原則、事業主を通じて(任意継続被保険者はこの限りではありません)被保険者へお渡しいたしますので、ご了承願います。

以上

(令和3年5月)