

| 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 | ケンポ タロウ                       |        |         |
| 氏名   | 健保 太郎                         | 被保険者番号 | 5123456 |
| 現住所  | 〒530-6691<br>大阪市北区中之島6丁目2番27号 |        |         |
| 連絡先  | 06-6445-7367                  |        |         |

### 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 |
|-------|---------|-----------------------------|----|
| 健保 花子 | ケンポ ハナコ | 昭 <del>平</del> ・令 50年 5月 1日 | 妻  |
|       |         | 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

(令和元年5月)