

| 健康保険組合 | | |
|--------|---|-----|
| 長 | 長 | 担当者 |
| | | |

| 健保受付 |
|------|
| |

| 事業主健保所管箇所 | | |
|-----------|---|-----|
| 長 | 長 | 担当者 |
| | | |

健康保険被保険者資格証明書交付申請書

関西電力健康保険組合常務理事 殿

| 被保険者証 記号番号 | | | 所属勤務 場 所 | | |
|--|----|--------|-------------|--|----|
| 被 保 険 者 | 住所 | | | | 性別 |
| | 氏名 | 年 月 日生 | | | |
| 被 扶 養 者 | 氏名 | 年 月 日生 | | | |
| 交付を必要 とする事由 | | | | | |
| 上記のとおり申請します 令和 年 月 日 被 保 険 者 氏 名 (印) | | | | | |

○印は申請者において記入のこと

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

(令和元年5月)