

証 明 願

被保険者証の記号・番号	記号	番号		
被 保 険 者 の 氏 名	⑩			
被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
被 保 険 者 の 住 所 (証 明 書 の 送 付 先)	〒 電話 ()			
被保険者が勤務している (していた)事業所名称				
被扶養者の記載の有無	☐ 記載なし ☐ 記載あり(記載する被扶養者を以下に記入)			
	被扶養者氏名		続柄	被扶養者氏名
証 明 書 の 種 類	☐ 健康保険在籍証明書 ☐ 健康保険喪失・削除証明書 ☐ その他 ()			
証 明 書 の 使 用 目 的	☐ 国民健康保険の「加入」手続きのため ☐ 国民健康保険の「脱退」手続きのため ☐ その他 ()			
証 明 書 の 提 出 先	☐ お住まいの市区町村 ☐ その他 ()			

※ □にチェックをしてください。

..... 受付年月日

※ 組合使用欄	取 得 (認 定) : 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
	喪 失 (削 除) : 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日

記入例

令和 1 年 5 月 1 日

証 明 願

被保険者証の記号・番号	記号 1234	番号 567		
被 保 険 者 の 氏 名	健保 太郎 			
被 保 険 者 の 生 年 月 日	(昭和) ・ 平成 50 年 10 月 1 日			
被 保 険 者 の 住 所 (証 明 書 の 送 付 先)	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2 〇〇マンション 102号室 電話 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
被保険者が勤務している (していた)事業所名称	医療法人社団〇〇会 〇〇病院			
被扶養者の記載の有無	☐ 記載なし ☒ 記載あり (記載する被扶養者を以下に記入)			
	被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名	続柄
	健保 花子	妻	健保 健太	長男
証 明 書 の 種 類	☐ 健康保険在籍証明書 ☒ 健康保険喪失・削除証明書 ☐ その他 ()			
証 明 書 の 使 用 目 的	☒ 国民健康保険の「加入」手続きのため ☐ 国民健康保険の「脱退」手続きのため ☐ その他 ()			
証 明 書 の 提 出 先	☒ お住まいの市区町村 ☐ その他 ()			

※ □にチェックをしてください。

※ 組合使用欄	取得 (認 定) : 昭・平・令 年 月 日
	喪失 (削 除) : 昭・平・令 年 月 日