

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	<input type="checkbox"/> 記載なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 健康保険在籍証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険喪失・削除証明書 <input type="checkbox"/> その他()			
証明書の使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険の「加入」手続きのため <input type="checkbox"/> 国民健康保険の「脱退」手続きのため <input type="checkbox"/> その他()			
証明書の提出先	<input checked="" type="checkbox"/> お住まいの市区町村 <input type="checkbox"/> 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