

証明書交付願

平成 年 月 日提出

被保険者証 記号: 番号:

フリガナ

被保険者氏名: (印) 生年月日: 昭和・平成 年 月 日生

入社または
退職年月日: 昭和
平成 年 月 日付 入社
退職

会社名:

文書メールNo.:

所属:

TELNET:

被保険者現住所 〒 -

TEL:
() -

◎被扶養者を証明する場合は必ず記入してください。

フリガナ
被扶養者氏名: 続柄: 生年月日: 昭和・平成 年 月 日フリガナ
被扶養者氏名: 続柄: 生年月日: 昭和・平成 年 月 日

◎出産育児一時金の不支給を証明する場合は必ず記入してください。

フリガナ
出生児氏名: 出産日: 平成 年 月 日

※証明を要求する事項に○印をつけ、所定の用紙に証明する場合はその用紙を添付して申請ください。

種類(適用)		証明する用紙	種類(給付)		証明する用紙
1	被保険者 被扶養者 資格取得証明	有・無	1	乳児医療受給証明	有・無
2	被保険者 被扶養者 資格喪失証明	有・無	2	公費負担受給証明	有・無
3	被扶養者非認定証明	有・無	3	出産育児一時金 不支給証明	有・無
4	【事業主用】健康保険料納入証明 (年 月分～ 年 月分)	有・無	4	その他	有・無

入手希望日: 平成 年 月 日 ※送付までに健康保険組合受付後1週間程度要します。

提出先:

使途:

健 保 使 用 欄	発送日 年 月 日	健 保 承 認	マネージャー	E/S	担当	受付日
	発行 NO.					