

証明書交付願

平成 XX 年 XX 月 XX 日提出

被保険者証 記号: 012 番号: 0123456

フリガナ ケンボ タロウ
被保険者氏名: 健保 太郎 印 生年月日: 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日生

入社または 昭和 XX 年 XX 月 XX 日付 入社
退職年月日: 平成 退職

会社名: NEC0000株式会社

文書メールNo.: 185-0000

所属: 000事業部 △△△部 ×××グループ

TELNET: 8-123-12345

被保険者現住所 〒 123 - 4567
東京都00区00町 XX-XX-XXX

TEL: (03) 1234-1234

◎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 ケンボ ハナコ
被扶養者氏名: 健保 花子 続柄: 妻 生年月日: 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 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 XX 年 XX 月 XX 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: 00県△△市役所

下記部分には記入や
押印はしないでください

用途: 例)国民健康保険加入のため

| 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. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |