

証 明 書 交 付 願

令和 年 月 日

被 保 険 者 証	記 号	番 号	
被 保 険 者 氏 名			
生 年 月 日	昭・平・令	年 月 日	性 別 男・女
会 社 名			

◎被扶養者を証明する場合は、必ずご記入ください。

被 扶 養 者 氏 名	続 柄	生 年 月 日	
		昭・平・令	年 月 日
		昭・平・令	年 月 日
		昭・平・令	年 月 日
		昭・平・令	年 月 日
		昭・平・令	年 月 日

※ご希望の証明書の番号に○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ください。

種 類	証明する用紙	証明書の提出先	証明書の使途
1. 資格喪失証明書	有・無		
2. 資格期間証明書	有・無		
3. 削除証明書	有・無		
4. 保険料納入証明書	有・無		
5. 医療費通知	有・無		
6. その他	有・無		

<請求者>

氏 名 _____

郵便番号 _____

住 所 _____

電話番号 () 携帯 _____

【注意事項】

- 「請求者」が本人以外の場合、ご本人との関係を証明する書類等の添付が必要となります。

組合使用欄

〔受付日付印〕

理事長	常務理事	事務長		係員