

証 明 書 交 付 願

令和 ○年 ○月 ○日

被 保 険 者 証	記 号	10	番 号	20
被 保 険 者 氏 名	健保 太郎			
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. その他	有・無		

<請求者>

氏 名 健保 太郎 (印)
 郵便番号 151 - 0000
 住 所 東京都渋谷区千駄ヶ谷△-△-△
 電話番号 03 (0000) 0000 携帯 090 - 0000 - 0000

【注意事項】

1. 任意継続に加入の方は、喪失時に自動的に交付（1. 資格喪失証明書、3. 削除証明書）されます。
2. 「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