

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. 医療費通知	有・無		
6. その他	有・無		

<請求者>

氏名 健保 太郎

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】

- 「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