

# 健康保険 資格証明申請書

|      |     |    |    |      |    |    |   |
|------|-----|----|----|------|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主任 | 係 |
|      |     |    |    |      |    |    |   |

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

|        |      |                                      |
|--------|------|--------------------------------------|
| 申請者記入欄 | 住所   | 〒                                    |
|        | 氏名   |                                      |
|        | 申請理由 | ① 他健保加入の為<br>② 加入期間証明の為<br>③ その他 ( ) |

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

- ◎ 原則、申請は事業所ではなく被保険者又は被扶養者の方が行ってください。
- ◎ 被扶養者につきましては証明を必要とする方のみご記入下さい。
- ◎ 証明書は申請者記入欄に記載いただいた住所へ送付となっておりますが、他住所希望の場合は下記欄に☑をし、送付先をご記入下さい。

|                          |                          |            |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 申請者は下記住所に送付される事に同意しています。 | 宛名氏名 _____ |
| 送付先                      | 〒                        |            |

| 被保険者欄 | 被保険者 |    | 氏名 | 性別  | 生年月日 |   |   |   |
|-------|------|----|----|-----|------|---|---|---|
|       | 記号   | 番号 |    |     | 昭和   | 年 | 月 | 日 |
|       |      |    |    | 男・女 | 平成   |   |   |   |

| 被扶養者欄 | 氏名 |     | 性別  | 生年月日 |   |   |   | 続柄 |
|-------|----|-----|-----|------|---|---|---|----|
|       |    |     |     | 昭和   | 年 | 月 | 日 |    |
|       |    |     | 男・女 | 平成   |   |   |   |    |
|       |    |     | 男・女 | 令和   |   |   |   |    |
|       |    |     | 男・女 | 昭和   | 年 | 月 | 日 |    |
|       |    |     | 男・女 | 平成   |   |   |   |    |
|       |    | 男・女 | 令和  |      |   |   |   |    |
|       |    | 男・女 | 昭和  | 年    | 月 | 日 |   |    |
|       |    | 男・女 | 平成  |      |   |   |   |    |
|       |    | 男・女 | 令和  |      |   |   |   |    |