

健康保険 資格証明申請書

常務理事	事務長	担当	係

◎申請する理由(目的)を以下にチェック、又は記入してください。

<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入するため。 <input type="checkbox"/> 家族が加入している健康保険に被扶養者として加入するため。 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金等の医療機関等への直接払制度利用のため。 <input type="checkbox"/> その他 []	被 保 険 者 情 報			
	保険証 記号 - 番号		氏 名	
	事業所名称		生 年 月 日	性 別
	昭和 平成	年	月	日

※被扶養者については、証明を必要とする方のみご記入ください。

被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日			性 別	続 柄
		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女
	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	

注意事項

- ・申請者は、当組合に加入している(していた)方に限ります。
- ・資格喪失の証明書発行には、事業所から当組合への資格喪失届(被扶養者異動届)の提出が必要です。当組合での資格喪失届(被扶養者異動届)の手続き完了後、証明書を発行いたします。手続き状況によっては、発行までにお時間をいただく場合がございます。
- ・退職時、会社へ証明書を発行希望された方は、会社から発行されますので会社へお問い合わせください。

●健康保険資格証明を申請いたします。

申請者氏名	
申請者住所	〒 電話番号または携帯電話 (— —)

受付日付印