

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

令和 年 月 日

資格証明書発行願

被保険者証の記号・番号	記号	番号	
被保険者の氏名 (自署)			
被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月 日
被保険者の住所 (証明書の送付先)	〒		
	日中連絡が取れる電話番号 ()	(内線番号:)	
被保険者が勤務している (していた)事業所名称			
被扶養者の記載の有無	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり(記載する被扶養者を以下に記入)		
	被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名 続柄
証明書の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失・削除証明書		
証明書の使用目的	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の「加入」手続きのため <input type="checkbox"/> 国民健康保険の「脱退」手続きのため <input type="checkbox"/> その他()		
証明書の提出先	<input type="checkbox"/> お住まいの市区町村 <input type="checkbox"/> その他()		

※□にチェックをしてください。

組合使用欄	取得(認定): 令和 年 月 日
	喪失(削除): 令和 年 月 日

受付年月日