

常務理事	事務局長	業務課長	係長	係

川口工業健康保険組合 御中

証 明 書 交 付 願

平成 年 月 日 提出

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名				
生年月日	昭和・平成	年 月 日	性別	男・女
事業所名				
資格取得年月日	昭和・平成	年 月 日		
資格喪失年月日	昭和・平成	年 月 日		

☆ 扶養者を証明する場合は、必ずご記入ください。

被扶養者名	続柄	生 年 月 日		扶 養 削 除 年 月 日	
		昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日
		昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日
		昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日
		昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日

☆ 交付を受けたい証明書に○をつけてください。

証 明 書 種 類	提 出 先 及 び 使 途	
1 資格証明書	提出先	
2 資格取得証明書	使 途	
3 資格喪失証明書		
4 被扶養者削除証明書		

受付印

< 請求者 >

住 所

氏 名

TEL

印