

常務理事	事務局長	事務局次長	業務課長	係長	係

# 証 明 書 交 付 願

令和 年 月 日提出

被保険者証 記号・番号	—	生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者氏名			
事業所名			

発行する証明書および必要数			★証明する被扶養者の情報																								
1 資格取得証明書		通	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;">続柄</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align: center;">S・H・R</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>続柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align: center;">S・H・R</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>続柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align: center;">S・H・R</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	氏名		続柄		生年月日	S・H・R	年 月 日		氏名		続柄		生年月日	S・H・R	年 月 日		氏名		続柄		生年月日	S・H・R	年 月 日	
氏名		続柄																									
生年月日	S・H・R	年 月 日																									
氏名		続柄																									
生年月日	S・H・R	年 月 日																									
氏名		続柄																									
生年月日	S・H・R	年 月 日																									
2 資格喪失証明書		通																									
3 資格証明書 (被扶養者認定時等)		通																									
4 被扶養者削除証明書		通																									
5 健康保険給付金証明書		通																									
6 健康保険医療費通知書		通																									
			★証明する期間																								
			年 月分 ~ 年 月分																								

上記被保険者(被扶養者)にかかる証明書の交付を願います。

請求者氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係 \_\_\_\_\_

〒 -

請求者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

・証明書の受け取り方法に✓をいれてください。

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 被保険者の登録住所へ送付 | <input type="checkbox"/> 請求者の住所へ送付<br><small>※請求者の住所が確認できる本人確認資料(1)のコピーを添付してください。<br/>(1)住民票、運転免許証、パスポート、在留カード等</small>            |
| <input type="checkbox"/> 事業所へ送付       | <input type="checkbox"/> 窓口受け取り<br><small>※ご本人確認のため、窓口にて身分証明書の確認をさせていただきます。<br/>※事業所担当者様が受け取りの場合にも受け取り者の身分証明書を確認させていただきます。</small> |

【健保職員記入欄】

	送付先	確認書類(確認後✓を入れる)	確認者
郵送	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所	確認資料不要	
	<input type="checkbox"/> 請求者住所	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 運転免許所 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	
窓口	<input type="checkbox"/> 運転免許所 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )	→コピーを添付する	

受付印