

健康保険 資格証明書（在籍・**削除**）発行願

記入日 令和 ×年 ×月 ××日				
被保険者等 記号番号	記号	××××	番号	×××
被保険者氏名	日発 太郎 昭・平 ××年××月××日生			

記号・番号は「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。番号の枝番は記入不要です。マイナンバーの記入はNGです。

1.発行する証明書の種類（どちらか選択）

<input type="checkbox"/> 資格(在籍)証明書	資格取得日	昭和・平成・令和 ×年 ×月 ××日
<input checked="" type="checkbox"/> 喪失・削除証明書	資格喪失日	昭和・平成・ 令和 ×年 ×月 ××日

2.発行を依頼したい方

	氏名	続柄	生年月日
被保険者			昭和・平成・令和 年 月 日
被扶養者	日発 花子	妻	昭和 ・平成・令和 ××年 ××月 ××日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日

退職されている方（任継含む）は、事業所の証明なしで健保組合へご提出ください。

※在職中の方は事業所経由でご提出ください。

事業所所在地	事業所のゴム印など	事業所確認	
事業所名称			
事業主氏名			

以下は健保組合使用

受付印

常務理事	事務長	担当者