

健康保険 資格証明書（在籍・削除）発行願

| | | | |
|---------------------------|--|----|---------------|
| 記入日 令和 ××年 ××月 ××日 | | | |
| 被保険者証 記号 | 9999 | 番号 | 999999 |
| 被保険者氏名 | 日発 太郎 昭 ・平 ××年 ××月 ××日 生 | | |

1.発行する証明書の種類（どちらか選択）

| | | | |
|--|-------|---|--------------------|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> 資格(在籍)証明書 | 資格取得日 | 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 |
| | | |