

常務理事	事務長	担当

各種証明書発行願

下記の通り、証明書を発行願いたく、よろしくご手配願います。

* 太枠線内を記入してください

発行依頼日			年 月 日																						
被保険者証等の記号・番号						フリガナ										生 年 月 日									
記号			番号				被保険者氏名	(氏)					(名)					昭・平		年		月		日	
事業所名称							所 属 (店 舗 名)							電話											
														()											
														日中連絡の取れる連絡先											
														()											
被保険者の現住所							〒 -																		
証明書の送付先 (被保険者住所と同じなら、記入不要)							〒 -																		
発行する証明書 (該当するものに○)							資 格 取 得 ・ 資 格 喪 失 ・ その他 ()																		
上記証明書の提出先・使用目的							《提出先》 《目的》																		
発行希望日							年 月 日 まで																		
証明対象者							被保険者のみ ・ 被扶養者を含む ・ 証明対象者指定 (該当するものに○)																		
							証明対象者を指定する場合は、氏名・続柄を記入してください							氏 名					続 柄						

年 月 日提出

《注意事項》

1. 交付対象の証明は、健保組合での必要手続き完了後に発行されます。
希望日に発行されない場合もございますので、ご承知おください。

2. 「保険証等が手元になく通院したいから」という目的での資格取得証明書の発行はいたしません。
緊急やむを得ずの場合は、健保組合にご相談ください。

受付日付印