

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当

玩健証 第 号

証 明 願

被保険者証 記号・番号	—	被保険者 氏名	(フリガナ)
		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
現住所	〒 — 都道府県 電話 ()		
事業所名称			
証 明 内 容			
証明の種類	<input type="checkbox"/> 資格喪失 ※会社から資格喪失届等を受理してからの証明書の発行となりますので、多少お時間を要する場合があります。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
資格の証明を受けたい方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (対象者:)		
証明を必要とする理由(目的)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入するため <input type="checkbox"/> 健康保険等の扶養等に加入するため <input type="checkbox"/> その他 ()		
証明書の提出先	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (市区町村名:) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			

上記について証明書の交付をお願いいたします。

令和 年 月 日