

健康保険資格証明願(取得・喪失)

令和 年 月 日

下記の通り資格証明をお願いします。

記

申請者氏名		記号 番号	—	
申請者生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
申請者住所 及び連絡先	〒 — TEL : () —			
被保険者氏名 (申請者と同じ場合は省略可)				
被保険者が勤務していた事業所名				
申請理由(利用目的) (該当する□に✓を 付けて下さい)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入手続きのため <input type="checkbox"/> 国民健康保険の脱退手続きのため <input type="checkbox"/> 国民年金第三号被保険者の手続きのため <input type="checkbox"/> その他 ()			
証明書の提出先 (該当する□に✓を 付けて下さい)	<input type="checkbox"/> お住まいの市区町村 <input type="checkbox"/> その他 ()			
被 扶 養 者	氏 名	生年月日	続柄	性別

※この証明願を提出する場合は、返信用封筒(切手貼付)を添えて申請してください。
なお、記入漏れがある場合は、返却することがありますのでご了承ください。

※被扶養者の証明を必要とする場合のみ、被扶養者欄もご記入ください。