

健康保険 被保険者 取得・喪失日  
被扶養者 認定・削除日 証明願  
任意継続保険料納付

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

下記事項について証明願います。

被 保 険 者	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号		
	社 員 番 号		
	会 社 名 また は 資 格 喪 失 時 の 会 社 名		
	氏 名		
	住 所	〒 _____ 自宅TEL ( ) 携帯TEL ( )	
	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日 ( ) 歳

<希望する証明事項> ※希望する証明事項の□欄にチェックを入れ、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的をご記入ください

<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 資格取得日 <input type="checkbox"/> 資格喪失日
	<input type="checkbox"/> 任継保険料納付証明【証明期間】令和 年から令和 年

<input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	証明事項
続柄 ( )	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
続柄 ( )	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
続柄 ( )	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
続柄 ( )	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日

提 出 先	市・区・その他 ( )
提 出 目 的	国民健康保険加入・その他 ( )

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

証 明 書 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所に送付 <input type="checkbox"/> その他に送付 ※ 下記を記入してください
	〒 _____ 電話 ( )
	住所 _____
	宛名 ( 様方)