

健康保険

被保険者 取得・喪失日
被扶養者 認定・削除日
任意継続保険料納付

証明願

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 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 | 保 險 証 の 番 号 | | |
| | 社 員 番 号 | | |
| | 事 業 所 名 | | |
| | 氏 名 | | |
| | 住 所 | 〒 | |
| | 生 年 月 日 | | 年 |

<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"/> 任意継続保険料納付証明【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 |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|
| | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日 |
| | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日 |
| | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日 |
| | 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) |