

常務理事	事務長	課長	係

健康保険資格証明書発行願

記入日：平成 年 月 日

1. 申請者について記入してください。（「現住所」は証明書の送付先となります）

氏名	〒	被保険者との関係	本人・（ ）
現住所	TEL ()		

(注)申請者自らが署名する場合、押印は省略できます。

2. 証明書を必要とする理由を選んでください。

A 国民健康保険の加入手続きのため	B その他 ()
-------------------	-----------

3. 被保険者について記入してください。（申請者と同一の場合、※欄の記入は省略可）

氏名 ※	生年月日	昭平 年 月 日
現住所 ※	TEL ()	
被保険者証 記号一番号	事業所名	

4. 証明が必要な方を記入してください。

氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
		昭平 年 月 日			昭平 年 月 日
		昭平 年 月 日			昭平 年 月 日
		昭平 年 月 日			昭平 年 月 日

「倉庫業健康保険組合」に加入していた方が、国民健康保険への加入手続き等のため、被保険者の資格喪失年月日または扶養からの削除年月日に関する証明を必要とする場合に、この書類を当組合に提出してください。

受付日付印