

常務理事	事務長	課長	係

健康保険資格証明発行願

下記事項の証明書発行の依頼をいたしたい

1. 証明書の種類 (該当する項目に○印)

<input checked="" type="radio"/> ①喪失証明	<input type="radio"/> ②被扶養者削除日証明
--	----------------------------------

2. 証明の必要な方 (該当する項目に○印、被扶養者の場合は名前・続柄・生年月日を記入)

<input checked="" type="radio"/> ①被保険者	
<input type="radio"/> ②被扶養者	続柄() 昭・平 年 月 日生
	続柄() 昭・平 年 月 日生
	続柄() 昭・平 年 月 日生

平成 00 年 00 月 00 日

記号	000	番号	000
住所	〒 000 - 0000 東京都〇〇市〇〇町2-1-1		
氏名	健保 三郎		<input checked="" type="radio"/> 健保
電話番号	00 (0000 局)	0000	番

受付日付印