

常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険 資格証明書交付申請書

印刷製本包装機械
健康保険組合理事長 殿

年 月 日

下記対象者の証明をお願いいたします。

なお、組合より発行された証明書につきましては、下記の使用目的以外には使用しないことを誓約いたします。

被 保 険 者	被保険証の記号・番号	記号		番号	
	事業所名 ^{※1}				
	氏 名				
	生 年 月 日	昭和	・ 平成	年	月 日
申 請 者	氏 名				
	被保険者との関係	本人 ・ 被扶養者 ・ その他 ()			
	住 所 ^{※2}	〒			
	電 話 番 号	()			

※1：任意継続被保険者の方は未記入となります。

※2：証明書は申請者住所に送付します。

○次の1～3の内容について該当する項目を選択して□欄に「レ」印をつけてください。

1. 証 明 事 項	☐	健康保険資格証明 ※被保険者の加入状況を証明します。			
	☐	健康保険被扶養者認定・削除証明 ※被扶養者の加入状況を証明します。			
	☐	その他 ()			
2. 証 明 対 象 者	☐	被保険者のみ			
	☐	被扶養者を含む全員			
	☐	その他	氏名	続柄	氏名
3. 使 用 目 的	☐	国民健康保険加入のため			
	☐	加入期間の証明のため			
	☐	その他 ()			

○証明書の提出先をご記入ください。

提 出 先	
-------	--

○同意書 ※申請者以外の者に交付（送付）する場合はご記入ください。

私に係る上記証明について、代理人が手続きすることに同意します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

受付印