

被保険者  
健康保険 被扶養者 **資格証明書交付申請書**

《注意事項》

1. 資格証明書は、医療機関等で受診される場合のみ、事業所(会社)が交付します。
2. 既に健保組合へ登録されている方のみが交付対象となります。  
健保組合の資格確認ができない被保険者・被扶養者の証明書を交付することはできません。
3. 資格証明書の有効期間は、交付日から15日間を限度とします。
4. 有効期間経過後、または有効期間内であっても被保険者証が交付された場合は、事業所に必ず返納してください。

**\*太枠線内を記入してください**

提出日	令和	年	月	日	備考					
被 保 険 者 証 番 号	記号	番号			被 保 険 者 名	(フリガナ)				
従業員番号					事業所(会社)名称			所属・電話		
								(TEL : )		
証 明 書 使 用 者	氏名				(フリガナ)					
	生年月日		昭 平 令	年 月 日		続柄				
受診予定日		令和 年 月 日 (頃)								
申請理由 (該当番号を○で囲む)		1. 資格取得申請中(本人)		3. 氏名変更等申請中						

上記の申請について事実と相違ないことを確認し、資格証明書を交付します。

事業所コード					
	事業所所在地				
	事業所名称				
事業所担当者	事業主氏名				
年 月 日					
氏名	社会保険労務士の 提出代行者				

受付日付印