

資格取得・喪失証明書発行願

《 注意事項 》

証明書は原則、被保険者宛てに「書留」で送付します。

* 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 記号・番号	記号	番号			被保険者氏名 (フリガナ)					
従業員番号				事業所（会社）名称 ※略さないで記入してください						
郵便番号				現住所						
				都道						
				府県						
電話番号										
自宅	-				携帯	-				
発行する証明書 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書		退職日 または 資格喪失日		年 月 日					
証明対象者 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者・被扶養者全員 <input type="checkbox"/> 証明対象者指定（下記に記入してください）									
	対象者氏名							続柄		
証明書の 使用目的	<目的>				<提出先>					

上記現住所以外への送付をご希望の方はこちらに記入してください。【同じ場合は記入不要です】
宛先に誤りがある場合は、お勤め先の健保担当窓口経由で送付いたしますのでご了承願います。

郵便番号	住所							
	都道							
	府県							
社内便	()							

受付日付印