

健康保険

被保険者 取得・喪失日
被扶養者 認定・削除日
任意継続保険料納付

証明願

常務理事	事務長		担当

令和6年12月2日

下記事項について証明願います。

被 保 険 者	健康保険組合 記号・番号	記号	2000	番号	〇〇〇〇
	社員番号	△△△△			
	事業所名	株式会社セールスフォース・ジャパン			
	氏名	健保 太郎			
	住所	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3			
	生年月日	平成2年7月4日			

<希望する証明事項>

※希望する証明事項の□欄にチェックを入れ、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的
をご記入ください

☒ 被保険者	☐ 資格取得日	☒ 資格喪失日
	☐ 任意継続保険料納付証明【証明期間】 令和 年 から 令和 年	
☒ 被扶養者	生年月日	証明事項
健保 花子	平成3年10月15日	☐ 認定日 ・ ☒ 削除日
	昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 認定日 ・ ☐ 削除日
	昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 認定日 ・ ☐ 削除日
	昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 認定日 ・ ☐ 削除日

提出先	市・ <u>区</u> その他 ()
提出目的	国民健康保険加入・その他 ()

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。

令和6年12月2日

被保険者氏名 健保 太郎

証 明 書 の 送 付 先	☒ 被保険者住所に送付 ☐ その他に送付 ※ 下記を記入してください	
	住所	〒
	電話	
	宛名	