

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 年 月 日

下記事項について証明願います。

被 保 険 者	保 険 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号		番 号	
	社 員 番 号				
	事 業 所 名				
	氏 名				
	住 所	〒			
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 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
	□ 任継保険料納付証明【証明期間】 令和 年から令和 年	
□ 被扶養者	生年月日	証明事項
	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
	昭和・平成・令和 年 月 日	□ 認定日 ・ □ 削除日
提 出 先	市・区・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 年 月 日 被保険者氏名

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	