健康保険 喪失・在籍・資格証明書 発行願

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

証明書発行対象者

保険証の（左づめ）　記号　　番号

被保険者	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年 月 日
	住所	（〒　　—　　） 都 道 府 県			
被扶養者	① 氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	続柄	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年 月 日
	② 氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	続柄	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年 月 日
	③ 氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	続柄	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年 月 日
	④ 氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	続柄	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年 月 日
	⑤ 氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	続柄	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年 月 日

証明書の種類

発行して欲しい証明書の□に☑	各証明書の説明
□ 喪失・削除証明書	・被保険者の資格喪失・被扶養者の資格削除を証明。
□ 在籍証明書	・被保険者・被扶養者について在籍している（していた）ことを証明。 ・保険証の代わりになる証明書ではありません。
□ 資格証明書（保険証の更新時のみ発行可）	・保険証の更新時に保険証の代わりとして交付。 ・有効期限は交付日から14日間となります。 ・有効期限が過ぎた証明書は当健保へ必ず返却する必要があります。

発送先

送って欲しい場所の□に☑
□ 被保険者の自宅
□ 事業所

受付日付印

上記のとおり証明書の発行を願います。

令和　　年　　月　　日

東京都ニット健康保険組合【2021.1】