

# 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 |
|      |     |    |    |    |   |

|      |               |                       |    |   |   |   |   |   |
|------|---------------|-----------------------|----|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 保険証の<br>(左づめ) | 記号                    | 番号 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年   | 月 | 日 |   |
|      | 氏名            | (フリガナ)                |    |   | 生年<br>月日  |   |   |   |
| 被扶養者 | 住所            | ( 〒        ー        ) |    |   |   |   |   |   |
|      | ① 氏名          | (フリガナ)                | 続柄 | 生年<br>月日  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
|      | ② 氏名          | (フリガナ)                | 続柄 | 生年<br>月日  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
|      | ③ 氏名          | (フリガナ)                | 続柄 | 生年<br>月日  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
|      | ④ 氏名          | (フリガナ)                | 続柄 | 生年<br>月日  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
|      | ⑤ 氏名          | (フリガナ)                | 続柄 | 生年<br>月日  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 証明書の種類  | 発行して欲しい証明書の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> | 各証明書の説明  |
|   | <input type="checkbox"/> 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。   |
|   | <input type="checkbox"/> 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。<br>・ <u>保険証の代わりになる証明書ではありません。</u>                               |
| <input type="checkbox"/> 資格証明書 (保険証の更新時のみ発行可) |  | ・ <u>保険証の更新時に保険証の代わりとして交付。</u><br>・有効期限は交付日から14日間となります。<br>・ <u>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。</u> |

|     |  |
|-----|--|
| 発送先 | 送って欲しい場所の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> |
|     | <input type="checkbox"/> 被保険者の自宅<br><input type="checkbox"/> 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