

健康保険 被保険者 取得・喪失日
被扶養者 認定・削除日

証明願

常務理事	事務長		担当

R 2 年 1 0 月 5 日

保険証の記号・番号が不明な場合は
空欄のまま構いません。

下記事項について証明願います。

被 保 険 者	保 險 証 の 記 号 ・ 番 号	〇〇	〇〇〇〇〇〇
	Emp. No.	〇〇〇〇〇〇	
	事 業 所 名	株式会社〇〇〇	
	氏 名	健保 太郎	
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇区〇〇〇〇	
生 年 月 日	S 5 5 年 1 0 月 5 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

<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 資格取得日	<input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失日
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	証明事項
健保 花子	S 6 0 年 8 月 1 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 削除日
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 削除日

提 出 先	〇〇 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。

R 2 年 1 0 月 1 3 日

被保険者氏名

健保 太郎

証 明 書 の 送 付 先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所に送付 <input type="checkbox"/> その他に送付 ※ 下記を記入してください
	〒 — 電話 ()
	住所 宛名 (様方)

アクセントア健康保険組合

受付年月日