

健康保険 被保険者 取得・喪失日 証明願
被扶養者 認定・削除日

常務理事	事務長		担当

年 月 日

下記事項について証明願います。

被 保 険 者	保 險 証 の 番 号	
	Emp. No.	
	事 業 所 名	
	氏 名	
	住 所	〒
	生 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

<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 資格取得日	<input type="checkbox"/> 資格喪失日
<input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	証明事項
	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
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日 ・ <input type="checkbox"/> 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。

年 月 日 被保険者氏名 _____

証 明 書 の 送 付 先	<input 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)

アクセンチュア健康保険組合

受付年月日