

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険資格 取得・喪失 証明願

被 保 険 者	氏 名		保険者番号		0 6 1 3 5 8 9 1		
				事 業 所 名			
	生年月日	S・H・R	年 月 日	記号番号	—		
	資 格 取 得 年 月 日			資 格 喪 失 年 月 日			
	昭和 平成 年 月 日 令和			昭和 平成 年 月 日 令和			
被 扶 養 者	氏 名		続柄	生 年 月 日	資格取得年月日		
				S · H · R	資格喪失年月日		
				年 月 日	S · H · R	年 月 日	
				S · H · R	S · H · R	年 月 日	
				年 月 日	S · H · R	年 月 日	
				S · H · R	S · H · R	年 月 日	
			年 月 日	S · H · R	年 月 日		
			S · H · R	S · H · R	年 月 日		
			年 月 日	S · H · R	年 月 日		

提出先： _____

今般 _____ の手続きが必要となりましたので、
上記の通り相違ないことを証明願います

令和 年 月 日

申請者（被保険者） _____
住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____

受 付 日 付 印