

健康保険各種証明書交付依頼書

下記の通り、証明書の交付を依頼します。

・ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。

※この申請書は、給付金請求などの手続きを円滑に行うため、事業主経由で提出頂くこととしています。

個人情報(本人・家族)の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健康保険組合へお申し出下さい。

退職者の方は被保険者の身分証明書(免許証など)を添えて、健康保険組合へ提出してください。(住所・電話番号もご記入ください)

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

平成 年 月 日

健康保険証の		被保険者氏名	所属名(会社名・所属・マルチ番号)	
記号	番号(右詰め)	⑨	勤務地()	
.....		所属名 マルチ 8- -	
住所		電話番号		

<該当するものを○印で囲み、必要事項は記入して下さい。>

証明書の種類	1. 健康保険脱退証明書 2. 健康保険加入証明書 3. 健康保険給付金支給証明書 (受診月 年 月～ 年 月分) (医療機関名をご記入下さい。)入院・外来 4. その他(国民年金第3号届け等)
申請の理由	1. 国民健康保険へ加入・脱退手続きのため 2. 市町村の医療費負担助成制度へ申請のため(乳幼児医療等) 3. その他(理由を記入下さい)
申請対象者	A. 本人のみ B. 全員(本人及び家族) C. 家族 (下記に対象者を記入ください) ()

常務理事	事務長	参事	係長	担当	年月日加入・脱退
					事由 給付受給(失業給付・出産手当金) 収入超過
					交付日
					発送日

事業主受付印

健保受付印