

## 健康保険 各種証明書交付依頼書

下記のとおり 証明書の交付を依頼します

インクが消えないボールペンで記入してください。（氏名は自署のこと）

※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、事業主経由で提出いただくこととしています。

個人情報(本人・家族)の取り扱い上、事業主経由に支障のある方は、直接健保組合へお申し出ください。

※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。

申請日 年 月 日

被保険者 記号・番号		被保険者氏名（自署のこと）	勤務地・所属・社内連絡先
記号	番号(氏名コード)		勤務地( )
			所属
			内線 8- -
住所 (退職者の方)	〒		TEL:

※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。

<該当するものを○印で囲み、必要事項を記入して下さい>

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： ) 入院・外来 4. 定期健康診査結果票(退職者のみ)（ 年度） 5. その他(国民年金第3号届、医療費通知(必要な期間)等) _____
申 請 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(理由をご記入ください) _____ _____
申 請 対 象 者	A. 本人のみ B. 全員(本人及び家族) C. 家族(対象者: )

常務理事	事務長	課長	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	R . .
発送日	R . .

健保受付印 事業主受付