

健康保険 各種証明書交付依頼書

記入例

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)

※ 従業員の方は 2000 任意継続の方は 100 特例退職の方は 1000 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。以上、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。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

健康保険者 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)	健保 太郎	勤務地(堺)
9 9 9 9	9 9 9 9 9 9 9		所属 xx本部 xx部
住所 (退職者の方)	〒	退職者の方は所属名欄を記入せず住所を記入ご記入ください	内線 8-XXX-XXXXXX TEL: 06-6221-1221

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 健康保険 脱退 <input type="checkbox"/> 2. 健康保険 加入 <input type="checkbox"/> 3. 健康保険 給付 (医療機関名:) 入院・外来 <input type="checkbox"/> 4. 定期健康診査結果票(退職者のみ) (年度) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 国民健康保険へ加入・脱退手続きのため <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 3. その他(理由をご記入ください) 3に該当する場合は個別に理由をご記入してください
申請対象者	<input checked="" type="radio"/> A. 本人のみ <input type="radio"/> B. 全員(本人及び家族) <input type="radio"/> C. 家族(対象者:) 発行を希望する証明書の対象者を選択・記入してください

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