

健康保険被保険者資格証明書交付依頼書

※発行される「健康保険被保険者資格証明書」は1日限り使用可能です。
管轄の総務部へ交付依頼し、使用後も、速やかに総務部へ返却願います。

下記の通り、健康保険被保険者資格証明書の発行を申請します。

氏名コード	
フリガナ 氏 名	印
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
所 属	
内 線 番 号	— —
使 用 目 的	理由：医療機関受診の為 医療機関名 ()
使 用 日	令和 年 月 日

●事業主記入欄

交付年月日	年 月 日
回収年月日	年 月 日
	担 当