

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、インクが消えないペン(ボールペン等)でお願いします。(氏名は、自著で記入してください。)

※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、事業主経由で提出通頂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。

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。

※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。

年 月 日

被保険者証記号・番号		被 保 険 者 氏 名	勤務地・所属・社内連絡先
記 号	番号(氏名コード)		勤務地() 所属名 マルチ8ー ー
住所	〒 TEL:		

<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ください。)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	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	
発送日	

健保受付印 事業主受付