

健康保険各種証明書交付依頼書

記入例(1)

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、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。

※個人用紙(免許証など)を添えて、健康保険組合の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」内で取り扱います。

従業員の方は 2000
任意継続の方は 100
特例退職の方は 100

退職者の方は
所属名欄は記入不要

年 6 月 1 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(本社)
	9 9 9 9 9 9	所属名 〇〇事業本部××開発課 マルチ8- 000-0000
住所	〒 581-0123	TEL: 06-6221-1221 大阪市阿倍野区长池町〇-〇-〇

<該当するものを○印で囲

国内療養費、はり・きゅう・あんま・マッサージ療養費申請書を提出し、かつ 確定申告の手続きの為に「3.健康保険給付金支給証明書」を希望される場合は、受診月は申請書に記入した診療・施術月を記入してください。

証明書の種類	<input checked="" type="radio"/> 1. 健康保険脱退 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	<input checked="" type="radio"/> 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(乳幼児医療費助成) 3. その他(理由を記入下さい)
申請対象者	<input checked="" type="radio"/> A. 本人のみ <input checked="" type="radio"/> B. 全員(本人及び家族) <input type="radio"/> C. 家族 (下記に対象者を記入ください) ()

3に該当する場合は
個別に理由をご記入してください

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	
発送日	

健保受付印 事業主受付