

平成 年 月 日申請

申請日を記入

### 健康保険 資格に関する証明願

被 保 険 者	記号番号	—
	氏名	<small>印</small> 自署の場合は押印不要です
	住所	〒
	※送付先を別に指定する場合、記入してください	〒

証明者の情報を記入

送付先を指定する場合、記入

被保険者が喪失していない場合、こちらに○印を付ける

証明事項を○で囲い、必要事項にご記入ください。

被 保 険 者	資格取得日	・	資格喪失日
---------	-------	---	-------

被扶養者氏名	生年月日	続柄	証明事項
	昭和 平成 年 月 日		認定日 ・ 削除日
	昭和 平成 年 月 日		認定日 ・ 削除日
	昭和 平成 年 月 日		認定日 ・ 削除日
	昭和 平成 年 月 日		認定日 ・ 削除日
	昭和 平成 年 月 日		認定日 ・ 削除日

証明する被扶養者の情報を、○印及び必要事項を記入

上記の事項につき証明書の発行を申請します。

受付印