

健康保険 各種証明書発行願

|      |     |  |    |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当 |
|      |     |  |    |

令和 年 月 日

下記事項について証明願います。

※消えないボールペンでご記入ください

|                  |                          |             |  |         |  |
|------------------|--------------------------|-------------|--|---------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被 保 険 者 等 号<br>記 号 ・ 番 号 |             |  | 事 業 所 名 |  |
|                  | 氏 名                      |             |  |         |  |
|                  | 住 所                      | 〒           |  |         |  |
|                  | 生 年 月 日                  | 昭和 平成 年 月 日 |  |         |  |

<希望する証明事項> ※希望する証明書・対象者の□欄にチェックを入れ、下記以降の内容を記入ください。

|        |                                                                                |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 証明書の種類 | <input type="checkbox"/> 資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 加入証明書(建設業提出)(必要枚数 枚) |
|        | <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ(令和 年分)      |
|        | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                               |

|       |  |                                                                                                              |                |
|-------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 申請対象者 |  | <input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 全員(本人及び家族) <input type="checkbox"/> 家族(下記に対象者を記入ください) |                |
| 氏名    |  | 生年月日                                                                                                         | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| 氏名    |  | 生年月日                                                                                                         | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| 氏名    |  | 生年月日                                                                                                         | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| 氏名    |  | 生年月日                                                                                                         | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| 氏名    |  | 生年月日                                                                                                         | 昭和 平成 令和 年 月 日 |

|       |                                                                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 提 出 先 | 市 ・ 区 ・ その他 ( )                                                                                         |
| 提出目的  | <input type="checkbox"/> 国民健康保険加入 <input type="checkbox"/> 建設業提出書類として <input type="checkbox"/> 医療費控除の申請 |
|       | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                        |

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

|               |                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 証 明 書 の 送 付 先 | <input type="checkbox"/> 社内便にて送付 <input type="checkbox"/> 上記被保険者住所に送付 |
|               | <input type="checkbox"/> その他に送付 ※ 下記を記入してください                         |
|               | 〒 ー 電話 ( )                                                            |
|               | 住所                                                                    |
|               | 宛名 ( 様方)                                                              |

健康保険組合  
受付日付印