

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 保 険 者	保 險 証 の 号 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
	〒 _____ 電話 ()
	住所 ----- 宛名 (様方)

健康保険組合
受付日付印