資 格 証 明 書 発 行 願

【申請者】

健康保険被保険者証 記号-番号	記号		番号	
被保険者氏名	印			
住　所	〒　　-			
日中繋がる電話番号	TEL　（　　）　　-			※健保組合より連絡が入る場合があります。
証明対象者	□被保険者のみ □加入者全員 □右記被扶養者　氏名〔　　〕 続柄〔　　〕			

※　発行した証明書はご記入いただいた住所へ郵送いたします。

【必要とする証明書の番号に〇をして下さい。】

1	（加入中のみ発行可） 資格証明書	（2週間が限度です。） 有効期間　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 発行理由（　　）
2	（退職予定の方） 資格証明書＊	令和　　年　　月　　日付退職予定 **※退職届（コピー）と本人・家族分健康保険証（原本）を必ず添付**
3	資格喪失証明書＊	令和　年　月　日付（退職・ 削除　いずれか〇をつけて下さい。） 発行理由（　　）

＊２、３を選択された方は対象者分保険証返納後発行可

証明書発行日付	常務理事	事務長	担当	担当

受　付　印