常務理事	事務長	部　長	課　長		係

健康保険　資格証明願

該当する□に✔を記入してください。

被保険者等 記号－番号	―	被保険者氏名 （生年月日）	（□ 昭・□ 平　　年　　月　　日）
住　　所	〒　　－　　電話　　（　　）		
証明書の 種　　類	□ 健康保険 加入証明書 □ 健康保険 資格喪失証明書		
使用目的	□ 国民健康保険に加入のため □ その他 目　的（　　）		
提 出 先	□ 市･区･町･村の国民健康保険担当課 □ その他 提出先（　　）		
証明を必要 と す る 対 象 者	□ 全員（被保険者と被扶養者） □ 被保険者のみ □ 被扶養者 対象者（　　）		

上記について証明書の交付をお願いいたします。

受付日付印

令和　　年　　月　　日　提出

【注意事項】

・お急ぎ等で証明書の送付先を指定される場合は、返信用封筒（110 円切手を貼ったもの）を添付してください。

大阪府電設工業健康保険組合