|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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