

常務理事	事務長	部 長	課 長	係 長	係

別紙のとおり証明してよろしいか伺います。

健康保険 資格証明書発行願

記入日： 令和 年 月 日

1. 申請者について記入してください。（「現住所」は証明書の送付先となります）

氏 名		続 柄	
現 住 所	〒	電 話	

（注）申請者自らが署名する場合、押印は省略できます。

2. 証明書を必要とする理由を選んでください。

A 国民健康保険に提出するため	B その他（ ）
-----------------	----------

3. 被保険者について記入してください。（申請者と同じの場合、※欄の記入は省略できます）

氏 名 ※		生年月日	S H 年 月 日
現 住 所 ※	〒	電 話	
被保険者等 記号－番号	—		
事業所名称			

4. 証明が必要な方を記入してください。

氏 名	続柄	生 年 月 日	氏 名	続柄	生 年 月 日
		S H R 年 月 日			S H R 年 月 日
		S H R 年 月 日			S H R 年 月 日

○ 申請者が被保険者および被扶養者以外の場合、委任者が記入してください。

証明書発行申請及び受領について、上記の申請者に委任します。			
委任日： 令和 年 月 日			
委任者氏名	⑩	委任者と申請者 との関係	
現 住 所	〒 ー ⑧ ()		

* 裏面の【注意事項】をよくお読みください。

東京薬業健康保険組合

東京薬業健康保険組合の被保険者であった方または被扶養者であった方が、国民健康保険への加入手続き等のため、被保険者資格の喪失年月日または扶養からの削除年月日に関する証明を必要とする場合に、この「健康保険 資格証明書発行願」を当健康保険組合に提出してください。

【注意事項】

- ・ 被保険者および被扶養者以外の方が申請をする場合は、委任欄(発行願下段)を必ず記入してください。
- ・ 組合窓口において証明書の交付を希望される場合は、交付を受ける方の身分を確認させていただきますので、身分証明書(運転免許証等)をご持参ください。
- ・ 申請者が被保険者本人以外の場合、被保険者や証明対象者との関係を証明するものを求める場合があります。

【送付・問合せ先】

〒100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2
東京薬業健康保険組合 業務部 適用課
TEL : 03-3581-1236