

|      |     |     |     |     |   |
|------|-----|-----|-----|-----|---|
| 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   | 東薬 花子                    |  | 続柄              | 妻 |
| 現 住 所 | 〒 100-0014               |  | 電話 03-3581-1231 |   |
|       | 東京都千代田区永田町2-17-2 東薬ビル10階 |  |                 |   |

(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。

|                                                  |          |
|--------------------------------------------------|----------|
| <input checked="" type="radio"/> 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 ※           | 東薬 太郎      | 生年月日 | <input checked="" type="radio"/> S<br>H 45 年 11 月 1 日 |
| 現 住 所 ※         | 〒          | 電話   |                                                       |
| 被保険者等<br>記号一 番号 | 9999 — 567 |      |                                                       |
| 事業所名称           | 東薬株式会社     |      |                                                       |

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                                               |
| 東薬 花子 | 妻  | <input checked="" type="radio"/> S<br>H 45 年 5 月 1 日 | 東薬 一郎 | 長男 | <input checked="" type="radio"/> S<br>H 13 年 11 月 9 日 |
|       |    | <input type="radio"/> S<br>H 年 月 日                   |       |    | <input type="radio"/> S<br>H 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                         | Ⓜ         | 委任者と申請者<br>との関係 |  |
| 現 住 所                         | 〒 - ☎ ( ) |                 |  |

\* 裏面の【注意事項】をよくお読みください。