

常務理事	事務局長	課長	担当課長	係長	係	係

証 明 書 交 付 願

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	—	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日
被保険者氏名			
事業所名			

No.	発行する証明書および必要数		
1	資格取得証明書		通
2	資格喪失証明書		通
3	資格証明書 (被扶養者認定時等)	→	★証明する被扶養者の情報(No.3又はNo.4使用欄) 氏名 続柄 生年月日 S・H・R 年 月 日 氏名 続柄 生年月日 S・H・R 年 月 日 氏名 続柄 生年月日 S・H・R 年 月 日 ★証明する期間(No.5使用欄) 年 月 ～ 年 月支給分 ★証明する期間(No.6使用欄) 受診月から※3か月目の10日に交付可 ※最短で健保宛にデータが届いた場合に限る(例:4月受診→7/10に最短で交付可) 年 月 ～ 年 月受診分
4	被扶養者削除証明書		
5	健康保険給付金支払 決定通知書	→	通
6	健康保険医療費通知書	→	通

上記被保険者(被扶養者)にかかる証明書の交付をお願いします。

請 求 者 氏 名 被保険者との関係
〒 -
請 求 者 住 所
電 話 番 号 ()

・証明書の受け取り方法に✓をいれてください。

☐ 被保険者の登録住所へ送付	☐ 請求者の住所へ送付 ※請求者の住所が確認できる本人確認資料(1)のコピーを添付してください。 (1)住民票、運転免許証、パスポート、在留カード等
☐ 事業所へ送付	☐ 窓口受け取り ※ご本人確認のため、窓口にて身分証明書の確認をさせていただきます。 ※事業所担当者様が受け取りの場合にも受け取り者の身分証明書を確認させていただきます。

【健保職員記入欄】

	送付先	確認書類(確認後✓を入れる)	確認者
郵送	☐ 被保険者 ☐ 事業所	確認資料不要	
	☐ 請求者住所	☐ 住民票 ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ 保険証 ☐ その他()	
窓口	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ 在留カード ☐ 保険証 ☐ 住民票 ☐ その他() →コピーを添付する		

受付印