

健康保険 被保険者 取得・喪失日 証明願  
 被扶養者 認定・削除日  
 任意継続保険料納付

|      |     |  |    |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当 |
|      |     |  |    |

令和 年 月 日  
 下記事項について証明願います。

|                  |                      |   |
|------------------|----------------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 保 險 証 の<br>記 号 ・ 番 号 |   |
|                  | 事 業 所 名              |   |
|                  | 氏 名                  |   |
|                  | 被 保 険 者 住 所          | 〒 |
|                  | 生 年 月 日              |   |

<希望する証明事項> ※希望する証明事項の□欄にチェックを入れ、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的をご記入ください

|                               |                                |                                                            |                                    |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 被保険者 | <input type="checkbox"/> 資格取得日 | <input type="checkbox"/> 資格喪失日                             | <input type="checkbox"/> 任継保険料納付証明 |
| <input type="checkbox"/> 被扶養者 | 生年月日                           | 証明事項                                                       |                                    |
|                               | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日        | <input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日 |                                    |
|                               | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日        | <input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日 |                                    |
|                               | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日        | <input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日 |                                    |
|                               | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日        | <input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日 |                                    |

|                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 証<br>明<br>理<br>由 | ア. 国民健康保険に加入するため         |
|                  | イ. 再就職先に提出するため           |
|                  | ウ. 配偶者(または親、子供等)の扶養に入るため |
|                  | エ. 確定申告に使用するため           |
|                  | オ. その他( )                |

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。  
 令和 年 月 日 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

|                                 |                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| 証<br>明<br>書<br>の<br>送<br>付<br>先 | <input type="checkbox"/> 被保険者住所に送付            |
|                                 | <input type="checkbox"/> その他に送付 ※ 下記を記入してください |
|                                 | 〒 _____ 電話 ( )                                |
|                                 | 住所 _____                                      |
|                                 | 宛名 ( _____ 様方)                                |