常務理事	事務長		担当

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

令和　　年　　月　　日

下記事項について証明願います。

被保険者	記号・番号							
	社員番号							
	事業所名							
	氏名							
	住所	〒						
	生年月日		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

□ 被保険者	□ 資格取得日　□ 資格喪失日 □ 任継保険料納付証明［証明期間］ 令和　年～令和　年

□ 被扶養者	生年月日	証明事項
	昭和 平成 令和　年　月　日	□ 認定日・□ 削除日
	昭和 平成 令和　年　月　日	□ 認定日・□ 削除日
	昭和 平成 令和　年　月　日	□ 認定日・□ 削除日
	昭和 平成 令和　年　月　日	□ 認定日・□ 削除日

証明理由	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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

証明書の送付先	□　被保険者住所に送付 □　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）

EAファーマ健康保険組合

受付日付印