

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 保 険 者	保 險 証 の 番 号	100	〇〇〇
	事 業 所 名	EAファーマ株式会社	
	氏 名	健保 太郎	
	被 保 険 者 住 所	〒 【(在職中のご自身の住所を記入してください)】	
	生 年 月 日	昭和 ○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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 資格取得日	<input checked="" 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 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日	
	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日	
	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日	
	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定日・ <input type="checkbox"/> 削除日	

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

健保 太郎

証 明 書 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所に送付
	<input checked="" type="checkbox"/> その他に送付 ※ 下記を記入してください
	〒 退職後の住所など、在職中住所と違うところに送って欲しいとき
住所	
宛名	(様方)