

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	記 号 ・ 番 号	100	○○○			
	社 員 番 号	○○○				
	事 業 所 名	EAファーマ株式会社				
	氏 名	健保 太郎				
	住 所	【(在職中)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口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"/> 任意継続保険料納付証明 [証明期間] 令和 年～令和 年
--	---

<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
	〒 住所 <b>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</b>
	宛名 ( 様方)