

健康保険 資格取得・喪失証明書 交付依頼書 【記入例】

1. 申請者

被保険者等 記号・番号		20 - 555555	
「被保険者」 または	氏 名	健康 太郎	
	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50年10月15日	
「被保険者で あった者」 または	所 属 事 業 所	●●●●●● (株) ●●部 ●●課 ●●担当	
	連絡先	勤務先	050 - 8200 - 9999
自 宅		082 - 123 - 4567	
「被保険者の 死亡後で 被扶養者で あった者」	<small>※ 被保険者の退職, または被保険者死亡後に被扶養者であった者が申請する場合で, 自宅への送付を希望する場合は, 下記「証明書送付先住所」欄に記入してください。記入がない場合は事業主経由で送付します。</small>		
	証明書送付先住所	〒 -	

2. 必要な証明書

- 健康保険資格 取得証明書
 健康保険資格 喪失証明書

被保険者についても証明が必要な場合は、
被保険者の氏名等も記入してください。

3. 証明書が必要な人

(注) 続柄は, 被保険者 (または被保険者であった者) との続柄を記入

項番	氏 名	続 柄	生年月日
1	健康 花子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 56年 5月 11日
2			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
3			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
4			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
5			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

4. 証明書を必要とする理由

- 国民健康保険の加入 (脱退) 手続き
 その他 ()

被保険者 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> この届出については, 下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-------------	--

(提出先) 在職中に → 事業主
 退職後 → 事業主 または被扶養者の証明を申請する場合 → 事業主
 退職後 → 任意継続者が申請する場合 → 直接, 健康保険組合

決定		<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; color: red;"> 被保険者 (被保険者の死亡後に被扶養者であった者が 記入する場合は, その被扶養者) が必ず記入してください。 記入漏れの場合は, 返却させていただきます。 </div>			
	健康保 組合	担当	主	受付印	
		手渡し・郵送・社内便			