

健康保険 被扶養者 認定・削除日 証明願

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 険 証 の 号 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	
	社 員 番 号			
	事 業 所 名			
	氏 名			
	住 所	〒		
	生 年 月 日		年	月

<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

被扶養者氏名	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

提 出 先	市 ・ 区 ・ その他 ()
提 出 目 的	国民健康保険加入・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)