

健康保険 被保険者 取得・喪失日 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、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
---------	--------------------------------	--------------------------------

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)

キオクシア健康保険組合

受付目付印