

健康保険の資格に係る証明願

1. 証明内容

(1) 証明対象者

対 象 者 氏 名	性 別	生 年 月 日				続 柄
		元 号	年	月	日	
(フリガナ) (氏 名)	男 女	昭 平 令	
(フリガナ) (氏 名)	男 女	昭 平 令	
(フリガナ) (氏 名)	男 女	昭 平 令	

(2) 証明書

- ①「健康保険被保険者資格証明書」
- ②「健康保険被保険者資格喪失証明書」
- ③その他「.....」

2. 証明事由

- ①国民健康保険に加入するため
- ②国民健康保険を脱退するため
- ③その他「.....」のため

3. 提出先

- ①「.....」市・区・町・村の国民健康保険担当課
- ②その他「.....」

4. 必要部数

「.....」部

上記について証明方お願いいたします。

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

確認欄 (チェック)		この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。	
<input type="checkbox"/>		① 申請者本人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。	
被 保 険 者 証		事 業 所 ・ 所 属	被 保 険 者 氏 名
記 号	番 号		(フリガナ) (氏 名)
郵 便 番 号		証 明 書 送 付 先 住 所	
.....		
連 絡 先 (勤務先・自宅)		()	

健 保 組 合 処 理 欄	決裁年月日 年 月 日			
	常務理事	事務長	審査	担当

健保受付日付印

