

資格証明書発行依頼書

記号番号	0000 - 0000	被保険者氏名	健保 太郎		
<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 証明が必要な方の□にチェックしてください。また、被扶養者の証明が必要な場合は、右欄に氏名等を記入してください。	氏名	生年月日	続柄		
	健保 愛子	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和	妻		
		昭和 平成 年 月 日 令和			
		昭和 平成 年 月 日 令和			
		昭和 平成 年 月 日 令和			
証明の種類 □にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 資格証明 <input type="checkbox"/> 在籍証明 <input checked="" type="checkbox"/> 削除証明				
証明の使用目的	国民健康保険加入のため				
証明書の提出先	〇〇〇〇市役所				
事業所名	〇〇〇〇〇〇株式会社				
証明書の送付先 (事業所以外に送付の場合)					

上記の事由により証明願います。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

千葉県機械金属健康保険組合 御中