

常務理事	事務長	課 長	係 長	係

証 明 書 交 付 願

被保険者証の記号－番号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日
—		昭和 平成 年 月 日
被 保 険 者 の 住 所	〒 TEL ()	

証 明 書 の 種 類 (該当項目にチェックをして下さい)	証 明 内 容 (該当項目に記入又は、□にチェックをして下さい)
☐ 健康保険資格証明書 (資格喪失証明書)	☐ 被保険者 ☐ 家族全員 ☐ 被扶養者 対象者氏名 続柄()
☐ 出産育児一時金未支給証明書	出産育児一時金未支給証明書希望の場合、必ず記入して下さい。 出 産 日 平成 年 月 日 提出先保険者名 (健康保険組合等の名称をご記入下さい。)
☐ その他証明書	その他証明書を希望される場合、証明内容を記入して下さい。 ()
証 明 書 の 使 用 目 的	

上記の理由により、証明書の交付をお願いします。

埼玉県医師会健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者氏名

※証明書の送付にあたり、個人情報保護のため封筒(切手貼付)を同封のうえご提出ください。

【提出先】
〒330-0062
埼玉県さいたま市浦和区仲町3-5-1
埼玉県医師会健康保険組合
TEL 048(832)7882

／ 受付日付印 ＼