

記入例

常務理事	事務長	課長	係長	係

証明書交付願

被保険者証の記号一番号	被保険者氏名	生年月日
〇〇〇〇 - △△△	健保太郎	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成
被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県さいたま市〇〇区〇〇町〇〇〇-〇〇 TEL 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇	

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)
<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険資格証明書 (資格喪失証明書)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族全員 <input type="checkbox"/> 被扶養者 対象者氏名 _____ 続柄(____)
<input type="checkbox"/> 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。)
<input type="checkbox"/> 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	退職後、国民健康保険に加入する為

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者氏名 健保太郎

※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 ＼