

健康保険 被保険者・被扶養者資格証明書発行依頼書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 情 報	↓ 被保険者(社員本人)または被保険者であった方について記入してください。 ↓				
	被保険者の 記号・番号	記号	番号(従業員番号)	(フリガナ) 氏名	
証 明 書 の 種 類 と 対 象 者	事業所名称			連絡先 (内線可)	
	↓ 必要とする証明書の内容について記入してください。 ↓				
証 明 書 の 種 類 と 対 象 者	証明書の種類	<input type="radio"/> 資格取得証明書または資格証明書(資格証明書の有効期限1週間) <input type="radio"/> 資格喪失証明書(退職に伴う請求の場合は、右に退職日を記入。) (退職日: 令和 年 月 日)			
	使用目的	<input type="radio"/> 医療機関受診のため(資格取得手続き中・資格確認書不携帯) その他 <input type="radio"/> 国民健康保険や他の健康保険の脱退(資格喪失)手続きのため 目的 <input type="radio"/> 国民健康保険や他の健康保険への加入手続きのため			
	証明対象者の氏名 及び続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
請 求 者 の 記 入 欄	請求者の区分	<input type="radio"/> 被保険者(被保険者であった者)およびその家族 <input type="radio"/> 代理請求/社員(上長、担当者等)による →下の代理請求者の情報①(社員による場合)を記入してください。 <input type="radio"/> 代理請求/第三者による →下の代理請求者の情報②(第三者による場合)を記入してください。			
	代理請求者の情報	① 社員による場合	従業員番号	氏名	連絡先(内線可)
		② 第三者による場合	氏名	代理請求する理由	証明対象者との関係 連絡の取れる電話番号
証明書の授受方法	↓ 証明書の受取り方法を選択してください。郵送を希望されるときは郵便番号・住所・宛名を正確に記入してください。 ↓				
証 明 書 の 授 受 方 法	授受方法	<input type="radio"/> 健康保険組合の事務所で受け取る <input type="radio"/> 社内メールBOXまたはメール便 <input type="radio"/> 郵送(下欄に宛先を記入)			
	郵送時の宛先	〒 (都 道 府 県)			
上のとおり健康保険資格証明書の発行を依頼します。					
令和 年 月 日					

受付日付印

健 保 使 用 欄	証明書発行日	令和 年 月 日 (メモ)		
	証明書の受領 または 発送の確認欄	区分	受領・発送日	受領・発送者印
		<input type="radio"/> 手渡し <input type="radio"/> メール <input type="radio"/> 郵送	/	