

健康保険 資格証明交付申請書

常務理事	事務長	係	係

① 被保険者証の 記号番号	記号	○		③申請者の氏名 (自著) および生年月日	健保 太郎
	番号	○○○○			
② 社員番号	○○○○○		昭和・平成 60 年 6 月 10 日		
④ 申請者の住所 及び電話番号	〒 住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 TEL () (日中の連絡先)				
⑤ 被保険者の氏名 (自著。③と同じ場 合は省略可)					
⑥ 被保険者が勤務して いた(している)事業所 名称	○○株式会社				
⑦ 希望証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 被保険者資格取得証明書				
⑧ 資格証明書の使用目 的	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険の加入手続きのため <input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者の手続きのため <input type="checkbox"/> 国民健康保険の脱退手続きのため <input type="checkbox"/> その他 ()				
⑨ 資格証明書の提出先	<input checked="" type="checkbox"/> お住まいの市区町村 <input type="checkbox"/> その他()				
備考					
⑩ 被 扶 養 者	氏名	続柄	氏名	続柄	
	健保 花子	妻			
	健保 一郎	長男			
証明書の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所に送付(④と同じなら、記入不要) <input type="checkbox"/> その他に送付 ※下記に記入してください 住所 〒 宛名 () 様方 電話 ()				

※資格喪失の証明書発行には、事業所から当組合への資格喪失届等の届出が必要です。当組合での資格喪失届等の手続き完了後、証明書を発行いたしますので、手続き状況によっては、発行までにお時間をいただくことがございます。

【注意事項】

健保受付日付印

- ①から⑨まで漏れなく記入してください。⑩欄は、被扶養者の資格証明を必要とする場合のみ記入してください。①欄は、被保険者証を返却済み等の理由で不明な場合は、記入は不要です。
- ③の申請者は、当組合に加入している(していた)方に限ります。
- 被扶養者の方のみの資格証明を必要とする場合でも、被保険者の資格証明等も併せて記載されます。
- 証明書が2部以上必要な場合は、必要枚数分の当該申請書をご提出ください。(申請書1枚につき証明書1枚を交付)

<書類送付先> 〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町1-3 東京ガーデンテラス紀尾井町 紀尾井タワー23階
 YG健康保険組合
 TEL 03 (3511) 8201