

健康保険 被保険者 取得・喪失日
被扶養者 認定・削除日 証明願
任意継続特例退職保険料納付

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

下記事項について証明願います。

被 保 険 者	保 険 証 の 号 記 号 ・ 番 号	100	〇〇〇〇〇	
	社 員 番 号	〇〇〇〇〇		
	事 業 所 名	〇〇〇株式会社		
	氏 名	健保 太郎		
	住 所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-△-□		
	生 年 月 日	昭和 年 月 日	年 月 日	日

<希望する証明事項>

※希望する証明事項の□欄にチェックを入れ、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的
をご記入ください

☐ 被保険者	☐ 資格取得日 ☒ 資格喪失日
	☐ 任意継続保険料納付証明【証明期間】令和 年から令和 年

☒ 被扶養者	生年月日	証明事項
健保 花子	昭和 年 月 日	☐ 認定日・ ☒ 削除日
	平成 年 月 日	☐ 認定日・ ☐ 削除日
	昭和 年 月 日	☐ 認定日・ ☐ 削除日
	平成 年 月 日	☐ 認定日・ ☐ 削除日

提 出 先	渋谷 市 区・その他 ()
提 出 目 的	国民健康保険加入・その他 ()

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 健保 太郎

証 明 書 の 送 付 先	☒ 被保険者住所に送付 ☐ その他に送付 ※ 下記を記入してください
	〒 ー 電話 ()
	住所
	宛名 (様方)