|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 部　長 | 課　長 |  | 係 |
|  |  |  |  |  |  |

健康保険　資格証明願

該当する□に✔を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号－番号 |  | ― |  | 被保険者氏名（生年月日） | 　  |
| （ □ 昭・□ 平 　　年　　月　　日 ） |
| 住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　電話 　　　　　（　　　　　　） |
| 　 |
| 証明書の種類 | □ 健康保険 加入証明書□ 健康保険 資格喪失証明書 |
| 使用目的 | □ 国民健康保険に加入のため□ その他 目　的（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 提出先 | □ 市･区･町･村の国民健康保険担当課□ その他 提出先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 証明を必要と す る対象者 | □ 全員（被保険者と被扶養者）□ 被保険者のみ□ 被扶養者 対象者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記について証明書の交付をお願いいたします。

受付日付印

令和　　年　　月　　日　提出

大阪府電設工業健康保険組合