証明書交付申請書

被保険者等	記入欄							(記入日) 令和 年 月					1 1	
被保険者等記号·番号			氏名 生年月日					克	所属会社	t	所属部	署名又	は店名	
-				昭和 平成	年	月	日							
	〒 -			•										
住所														
				ī	話(日中)	連絡の	取れる番	号)						
交付目的	※該当す	る番号にの	○を付けて	くださ	い。									
交付目的	1.国民健康保険に加入 2.社会保険に加入 3.その他()		
提出先	1.自治体へ提出 2.他健保組合・協会けんぽ 3.その他()													
証明書の送付先 ※該当する番号に○を付けてください。(在職者の証明は原則社内メーラー便で送付します。)														
1. 社内メー	-ラー便	(所属店部)	(所属部門)					(宛名)						
2. 被保険														
3. 被保険	者の住所以	.外												
= -														
-														
<u>(</u> 宛名)							_							
証明対象者	※該当する	番号に○を	付けてくださ	どい。										
					氏名						_	<u>続柄</u>		
証明が必要 な対象者	1.被保険	者	2.被扶養者	í	氏名							続柄		
る列列で				氏名							続柄			
資格の証明	! ※該当する	番号に○を	l 付けてくださ	<u>ځل،</u>										
証明の内容		※該当する番号に〇を付けてください。 1.健康保険資格喪失証明 2.健康保険加入期間証明												
給付の証明 ※該当する番号に○を付けて該当番号の必要な期間を記入してください。														
			1.療養費(装具・眼鏡・自費で診療を受けた医療費等) 2.高額療養費・付加給付金 3.傷病手当金 4.出産育児一時金 5.出産手当金											
	① 支給詞		診療月又は振		己入してくだ	どさい。								
			寮月) 平成· 込月) 平成·		年 年	F E			平成•		年 年	月 月	日日	
発行を希望)= (I A	1.業	務上(通勤途		•				(削除)征	• • • •	•	73		
する種類	② 返納金	返還 診	診療報酬明細書の写を ①希望する □ ②希望しない □											
			平成・令和 年 月 日 返還納入日											
	② 如 	7 JH	療費付加給作	付制度										
	③ 制度・ <i>そ</i> 	2. 0	2.その他(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年							_)			
	<u> </u>	平成	た	年	月	l	 ~	平 反•⁴	7和	年	月		3	
常務理事	事務長マ	ネジャー	担当	;	送付者	Š	受付番	号			 受ſ	寸日		
						適用	・給付	· 会 計		•			•	