

証明書交付申請書

被保険者記入欄					(記入日) 令和 年 月 日					
保険証記号・番号			氏名		生年月日		所属会社		所属部署名又は店名	
- - - - -					昭和 平成 年 月 日					
住所			〒 - 電話(日中連絡の取れる番号)							

交付目的	※該当する番号に○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. 被保険者の住所			
3. 被保険者の住所以外			
〒 -			
(宛名)			

証明対象者	※該当する番号に○を付けてください。		
証明が必要な対象者	1.被保険者	2.被扶養者	氏名 続柄
			氏名 続柄
			氏名 続柄

資格の証明	※該当する番号に○を付けてください。		
証明の内容	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。				
発行を希望する種類	① 支給証明	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 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
	② 返納金返還証明	1.業務上(通勤途上)の診療費 2.資格喪失(削除)後診療費 診療報酬明細書の⑤を ①希望する <input type="checkbox"/> ②希望しない <input type="checkbox"/> 平成・令和 年 月 日 返還納入日			
	③ 制度・その他	1.医療費付加給付制度 2.その他() 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			

常務理事	事務長	マネジャー	担当

送付者	受付番号
	適用・給付・会計 —

受付日