

# 記入見本

## 証明書交付申請書

保険証から記号・番号を転記

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	
1	-	1	2	3	4	5	6	健保 太郎	
住所		〒 102 - 8450		東京都千代田区二番町8-8		昭和 7 年 7 月 7 日			
						平成			
								電話(日中連絡の取れる番号) 03-6238-2858	

現在お住まいの住所を記入して下さい。

(本部)  
➡所属部署(店舗)  
➡店名

交付目的	※該当する番号に○を付けてください。		
交付目的	<input checked="" type="radio"/> 1.国民健康保険に加入	<input type="radio"/> 2.社会保険に加入	<input type="radio"/> 3.その他( )
提出先	<input checked="" type="radio"/> 1.自治体へ提出	<input type="radio"/> 2.他健保組合・協会けんぽ	<input type="radio"/> 3.その他( )

2.被保険者の住所は上の記入していただいた住所になります。

在職中の方は"1"に○をつけて送付先を記入して下さい。

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ル便で送付します。)		
<input checked="" type="radio"/> 1.社内メール便	(所属店部) ○○店	(所属部門)	(宛名) 店長宛
2.被保険者の住所			
3.被保険者の住所以外			
〒	-		
(宛名)			

3.他の住所へ送付を希望する場合は住所・宛名を記入してください。

本人の証明を希望の場合は"1"に○をして下さい

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	<input checked="" type="radio"/> 1.被保険者	<input checked="" type="radio"/> 2.被扶養者	
	氏名 健保 花子	続柄 妻	
	氏名	続柄	
	氏名	続柄	

証明が必要な方の家族の氏名・続柄を記入してください。

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	<input type="radio"/> 1.健康保険資格喪失証明	<input checked="" type="radio"/> 2.健康保険加入期間証明

返還金の振込日を記入して下さい。

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 返納金返還証明	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.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 <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>		
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		

1療養費(装具・眼鏡)は購入日を記入。出産一時金は出産日を記入して下さい。

常務理事	事務長	マネジャー	担当	送付者	受付番号	受付日
				適用・給付・会計	-	

健康保険組合使用欄

セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 R5.5

問合せ先・書類送付先	【郵送の場合】 〒102-8450 東京都千代田区二番町8-8 (電話)03-6238-2851 セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 宛	【社内メール便の場合】 7&i 00 健康保険組合 宛
------------	---	--------------------------------