記入見本

証明書交付申請書

①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）から転記して下さい。

被保険者等記入欄

（記入日）令和　　年　　月　　日

被保険者等記号・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	昭和 (平成) 7 年 7 月 7 日		

（本部）➡所属部署（店舗）➡店名

住所	〒102 － 8452　東京都千代田区二番町8-8 電話（日中連絡の取れる番号）

現在お住まいの住所を記入

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。）**

在職中の方は"1"に○をつけて送付先を記入

(1). 社内メーラー便　（所属店部）　○○店　（所属部門）　（宛名）店　長

2. 被保険者の住所

3. 被保険者の住所以外

〒　－

（宛名）

2.被保険者の住所は上の記入していただいた住所を記入

3.他の住所へ送付を希望の場合は住所・宛名を記入

証明対象者

※該当する番号に○を付けてください。

本人の証明を希望の場合は1"に○をして下さい

証明が必要な対象者	(1)被保険者	(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

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。

対象の月又は振込された月を記入

返還金の振込日を記入

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 ※ 診療月又は振込月を記入してください。 （診療月）平成・令和 6 年 8 月 1 日 ～ 平成・令和 6 年 8 月 31 日 （振込月）平成・令和　年　月 ～ 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 診療報酬明細書の写を ①希望する □ ②希望しない □ (平成)・令和 6 年 8 月 31 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

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

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 —

健康保険組合使用欄

受付日

セブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合　R6.11

問合せ先・書類送付先	【郵送の場合】 〒102-8452　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	【社内メーラー便の場合】 7&i 00　健康保険組合　宛