

健康保険資格証明書交付依頼書

常務理事	事務長	照査	担当

下記理由により、健康保険資格証明書の交付を依頼します。

① 被保険者の 氏名と印	④ 被保険者の 現住所	② 性別	男 ・ 女	③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
⑤ 被保険者証の 記号－番号	⑥ 交付を希望する証明書の 使用者							
⑦ 現在勤務して いる事業所 又は、 既に資格を喪失 していた場合 は、勤務してい た事業所	(ア) 名	称						
	(イ) 所	在 地						
	(ウ) 資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和						
⑧ 交付を申請する 理由	(ア) 被保険者証が (再) 発行されるまでの期間に医療機関にかかる為 (イ) 他健保・国保へ移動する為の証明 (ウ) その他 理由 ()							

※ 滅失した場合は、被保険者証再交付申請書も提出して下さい。
※ 必要がなくなった時は、健康保険組合に返却して下さい。

受付日付印