健康保険　被保険者・被扶養者資格証明書発行依頼書

常務理事	事務長	担当者

被保険者または請求者の記入欄

被保険者情報

↓ 被保険者（社員本人）または被保険者であった方について記入してください。 ↓

被保険者証の記号及び番号	記号	番号（従業員番号）	（フリガナ） 氏名	㊞
事業所名称			部署名と連絡先	電話 （内線可）

証明書の種類と対象者

↓ 必要とする証明書の内容について記入してください。 ↓

証明書の種類

- ○ 資格取得証明書または資格証明書（資格証明書の有効期限1週間）
- ○ 資格喪失証明書（退職に伴う請求の場合は、右に退職日を記入。）　退職日：　年　月　日

使用目的

- ○ 医療機関受診のため（被保険者証不携帯）
- ○ 国民健康保険や他の健康保険の脱退（資格喪失）手続きのため
- ○ 国民健康保険や他の健康保険への加入手続きのため
- ○ その他　目的

証明対象者の氏名及び続柄

氏名	続柄	氏名	続柄

請求者情報

↓ 請求者について記入してください。 ↓

請求者の区分

- ○ 被保険者（被保険者であった者）およびその家族
- ○ 代理請求／社員（上長、担当者等）による　→下の代理請求者の情報①（社員による場合）を記入してください。
- ○ 代理請求／第三者による　→下の代理請求者の情報②（第三者による場合）を記入してください。

代理請求者の情報

① 社員による場合	従業員番号	氏名　㊞	連絡先（内線等）	
② 第三者による場合	氏名　㊞		証明対象者との関係	
	代理請求する理由		連絡の取れる電話番号	

証明書の授受方法

↓ 証明書の受取り方法を選択してください。郵送を希望されるときは郵便番号・住所・宛名を正確に記入してください。 ↓

授受方法

- ○ 健康保険組合の事務所で受け取る
- ○ 社内メールBOXまたはメール便
- ○ 郵送（下欄に宛先を記入）

郵送時の宛先

〒

都 道 府 県

宛名：

上のとおり健康保険資格証明書の発行を依頼します。

年　月　日

受付日付印

健保使用欄

証明書発行日	年　月　日	
証明書の受領または発送の確認欄	区分	受領・発送日	受領・発送者印
	○ 手渡し	／	
	○ メール		
	○ 郵　送		

（メモ）