

記入見本

令和 年 月 日

豊島健康保険組合 理事長 殿

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

健康保険資格

記号・番号は、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)のいずれかでご確認ください。
 ご不明な場合は事業所担当者または健保組合までお問い合わせください。

1. 被保険者記入欄

被 保 険 者 等 記 号 番 号	〇〇 - 〇〇〇	事業所名 (喪失者は旧事業所名)	〇〇〇〇〇〇〇〇
氏 名	健保 太郎	性 別	男 女
		生 年 月 日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成
現 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇町〇〇 〇〇-〇〇		
電 話 番 号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		

証明は直近のもので発行致します。それ以外のもを希望する場合は、余白にその旨をご記入ください。

2. 必要とする証明書の種類 (該当する項目を○で囲んでください)

<input checked="" type="radio"/> 1. 喪失証明書	<input type="radio"/> 2. 資格期間の証明	*期間を記入ください
	(~)

3. 証明の必要な方

(該当する項目を○で囲み、2の場合は発行対象者の氏名・続柄・生年月日を記入してください)

1. 被保険者	2. 世帯全員 (被保険者 ・ 被扶養者全員)				
<input checked="" type="radio"/> 3. 被扶養者					
氏名	健保 花子	続 柄	妻	生 年 月 日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
氏名		続 柄		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
氏名		続 柄		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
氏名		続 柄		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日

4. 証明を必要とする理由 (該当する項目を○で囲み、2. の場合は理由を記入してください)

<input checked="" type="radio"/> 1. 国民健康保険の加入(脱退)の手続き	<input type="radio"/> 2. その他 ()
---	----------------------------------

* 資格喪失証明書の発行は、資格喪失手続き終了後でないと発行できません。