

# 健康保険 資格・給付 事項証明交付申請書

令和 年 月 日

〒 ー  
申請者 住所 (所在地) \_\_\_\_\_  
氏名 (名称) \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

下記の理由により、証明書等の交付を申請します。

記

提出先	
提出理由	

証明事項(該当するものに○印を付けてください。)

1. 被保険者・被扶養者の有無
2. 被保険者であった期間
3. 資格喪失年月日
4. 保険給付に関する事項
5. 医療費のお知らせの再発行
6. その他( )

記号番号	被保険者氏名	被扶養者氏名	生年月日
ー			昭和 平成 令和 年 月 日
ー			昭和 平成 令和 年 月 日
ー			昭和 平成 令和 年 月 日
ー			昭和 平成 令和 年 月 日

備考