

記入例

健康保険資格関係証明願

被保険者等		被保険者氏名 (※資格喪失者を含む)	
記号	番号	(フリガナ) ケンボ ハナコ	
1234	5678	健 保 花 子	
		生年月日	(昭和)・平成 57 年 1 月 1 日
現住所			
〒 113 - 0021			
東京 (都) 文京区本駒込1-1-5 服装アパート 201			
電話番号(日中の連絡先) 090 (1234) 5678			
会社名 (必ずご記入ください)	株式会社 ○○ 勤務中または勤務されていた事業所名(本社名)をご記入		

証明内容	
証明の種別	☒ 資格喪失 ※会社から資格喪失届等を受理してからの証明書の発行となりますので、多少お時間を要する場合があります。 ☐ 保険料納付 ☐ その他(
資格の証明を受けたい方	☐ 被保険者 ☒ 被扶養者(長男:健保 一郎 二男:健保 二郎) ☐ その他(
証明を必要とする理由(目的)	☒ 国民健康保険に加入するため ☐ 健康保険組合等の扶養等に加入するため ☐ その他(
証明書の提出先	☒ 国民健康保険(市区町村名: 文京区) ☐ 健康保険組合 ☐ その他(
備考	

※返信用封筒(送付先住所等を記入し、切手(110円)を貼付したもの。)の同封をお願いいたします。

受付印