

部長	課長	課長補佐	チーフ	係

健康保険 資格証明書交付申請書

被保険者記号・番号	記 号		番 号	
被 保 険 者 氏 名	(フリガナ) _____			
生 年 月 日	年 月 日			
送 付 先 住 所	〒 _____			
送 付 先 氏 名				
電 話 番 号 (日 中 連 絡 先)	— —			
発 行 す る 証 明 書	☐	①健康保険資格証明書		
※ 該 当 す る 箇 所 を ■ にしてください	☐	②健康保険資格喪失・削除証明書		
証 明 対 象 者	☐	被 保 険 者 の み		
	☐	被 扶 養 者 含 む 全 員		
※ 該 当 す る 箇 所 を ■ にしてください	☐	指 定 対 象 者	氏名	続柄
			氏名	続柄
上 記 証 明 書 の 使 用 目 的 ※ 該 当 す る 箇 所 を ■ にしてください	☐	国民健康保険加入の為		
	☐	国民健康保険脱退の為		
	☐	()の扶養に入る為		
	☐	加入期間の証明書を()に提出の為		
	☐	出産育児一時金(直接支払制度)のため		
	☐	その他()		

○何かございましたら、東京電子機械工業健康保険組合適用課(03-3843-1451)までお問い合わせ下さい。

受付日付印

【郵送先】 〒111-8530 東京都台東区雷門1丁目13番8号
東京電子機械工業健康保険組合 適用課 宛

XLSX25.03