

常務理事	事 務 長		担 当

## 健康保険関係事項証明申請

① 申 請 人 の 記号と番号等	(記号：        ) (番号：        )	② 申 請 人 の 氏 名 等	
③ 申 請 人 の 住所・所在地	〒        ー		
④ 証 明 の 対 象 者	イ 被保険者・ロ 被扶養者・ハ 事業所・ニ 事業主・ホ その他		
⑤ 証 明 の 項 目	イ 被保険者資格（取得・喪失等）    ロ 被扶養者（認定・削除） ハ 療養の給付（傷病名・開始・期間満了） ニ 傷病手当金（傷病名・開始日・支給期間・支給金額・期間満了） ホ その他		
⑦ 証明を受ける事項			
⑦ 証明書の 使用目的			
⑧ 証明書の 提 出 先			
⑨ 申 請 の 年 月 日	令和        年        月        日		
⑩ 備    考			

※ ④・⑤欄は該当事項に○をして下さい。  
使用目的および提出先以外に使用できません。