

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 印
④ 申請人の 住所・所在地	〒 -			
⑤ 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			
⑥ 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				
⑧ 証明書の 使用目的				
⑨ 証明書の 提出先				
⑩ 申請の 年月日	平成 年 月 日			
⑪ 備考				

※ ⑤・⑥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。