

記入例

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: 1) (番号: 000)	② 申請人の 氏名等	健保 太郎	③ 健保
④ 申請人の 住所・所在地	〒000-△△△△ 〇〇県〇〇市1-2-3			
⑤ 証明の 対象者	<input checked="" type="radio"/> イ 被保険者・ <input type="radio"/> ロ 被扶養者・ <input type="radio"/> ハ 事業所・ <input type="radio"/> ニ 事業主・ <input type="radio"/> ホ その他			
⑥ 証明の項目	<input checked="" type="radio"/> イ 被保険者資格(取得・喪失等) <input type="radio"/> ロ 被扶養者(認定・削除) <input type="radio"/> ハ 療養の給付(傷病名・開始・期間満了) <input type="radio"/> ニ 傷病手当金(傷病名・開始日・支給期間・支給金額・期間満了) <input type="radio"/> ホ その他			
⑦ 証明を受ける 事項	健康保険の資格喪失日			
⑧ 証明書の 使用目的	国民健康保険に加入するため			
⑨ 証明書の 提出先	〇〇〇市役所			
⑩ 申請の 年月日	平成 〇〇年 7月 1日			
⑪ 備考				

※ ①記号・⑤・⑥欄の該当事項に○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。