

健康保険 資格証明書 資格喪失証明書 交付申請書

|                                  |    |         |  |   |   |
|----------------------------------|----|---------|--|---|---|
| 被保険者                             | 記号 | 番号      | 被保険者氏名   | 性別  | 生年月日  |
|                                  |    |         |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女                                  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |
|                                  |    |         |  |   | 年 月 日   |
| 住所                               |    |         |  |   | 資格喪失年月日（退職日の翌日）   |
| 〒                                |    |         |  |   |   |
| ☎                                |    |         |  |   | 年 月 日   |
| 証明書について                          | 続柄 | 証明対象者氏名 | 性別   | 生年月日  |   |
|                                  |    |         | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |   |
|                                  |    |         |  |   | 年 月 日   |
|                                  |    |         | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日   |
|                                  |    |         | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日   |
|                                  |    |         | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日   |
|                                  |    |         | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日   |
| 資格証明書の種類                         |    |         | 使用目的   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 資格証明書   |    |         | <input type="checkbox"/> 医療機関受診のため <input type="checkbox"/> その他：   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書 |    |         | <input type="checkbox"/> 国民健康保険加入のため <input type="checkbox"/> その他： |   |   |

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください

|       |    |    |
|-------|----|----|
| 希望送付先 | 住所 | 宛名 |
|       | 〒  |    |
|       | ☎  |    |

上記のとおり申請します。

ゲンゼ健康保険組合 理事長殿

年 月 日提出

|      |     |
|------|-----|
| 常務理事 | 担当者 |
|      |     |

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|       |