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
	19	12345	健康　太郎	☑ 男 ☐ 女	☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 60 年 12 月 31 日
	住所				事業所の名称
	〒 ●●●－●●●● ●●府●●市●●町●●丁目●●番地 ☎ ▲▲▲－▲▲▲▲－▲▲▲▲				●●株式会社●●本社

証明書について	続柄	証明対象者氏名	性別	生年月日
	子	健康　次郎	☑ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☑ 平成 ☐ 令和 12 年 12 月 12 日
			☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
			☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
			☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
			☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日

資格証明書の種類	使用目的
☐ 資格証明書	☐ 医療機関受診のため　☐ その他：
☑ 資格喪失証明書	☑ 国民健康保険加入のため　☐ 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
	〒 ☎	

年　月　日提出

上記のとおり申請します。

グンゼ健康保険組合　理事長殿

常務理事	担当者

受付日付印

R7.2