

健康保険関係事項証明願

東京金属事業健康保険組合 理事長 殿

① 被保険者証 記号・番号	記号	② 申請者							
	番号		③ 生年月日	昭和・平成	年	月	日		
④ 申請者 の住所	〒 ー								
		Tel ()							
⑤ 証明を受ける事項	A. 被保険者資格	続柄	資格取得年月日		資格喪失年月日				
		本人	年	月	日	年	月	日	
	B. 被扶養者資格	被扶養者氏名	続柄	扶養認定年月日		扶養削除年月日			
				年	月	日	年	月	日
				年	月	日	年	月	日
				年	月	日	年	月	日
				年	月	日	年	月	日
		年	月	日	年	月	日		
C. 保険料納付	平成 年 月 分 ~ 平成 年 月 分 令和								
D. その他									
⑥ 証明書の 使用目的									
⑦ 証明書の 提出先									
⑧ 願出の 年月日	令和 年 月 日								
⑨ 備考									

《記入・提出上の注意》

- ※ この願出書を提出いただく際には、申請者の身分を証明できる書類(運転免許証、健康保険証、在留カード、マイナンバーカード、パスポート等)の写しを添付してください。
- ※ 資格喪失にかかる証明を希望される場合は、当組合の健康保険証以外の身分証明書写しを添付してください。
- ※ 証明を願出する事項については、A～D欄にあらかじめご記入ください。証明書は別紙にて発行いたします。
- ※ 申請者が加入員以外の方の場合、被保険者との関係性のわかる書類(戸籍抄本、世帯全員の住民票など)が必要です。

受付年月日