

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	担当者

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

申請者	被保険者等 記号・番号	記号	氏名		
		番号	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	住所	〒 —		Tel ()	

◆ 該当する□にチェックしてください。

(A)	発行する 証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者・被扶養者資格に関する証明 → ④欄に交付対象者をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 保険料納付証明書（証明期間 令和 年 月 ～ 令和 年 月分） <input type="checkbox"/> その他（ ）
(B)	証明書の 使用目的	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入手続きのため <input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者手続きのため <input type="checkbox"/> 確定申告に必要なため <input type="checkbox"/> その他（ ）
(C)	証明書の 提出先	<input type="checkbox"/> 市区町村・健康保険組合等の保険者（配偶者の勤務先） <input type="checkbox"/> 税務署 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ 証明書の交付対象者をご記入ください

	交付対象者	氏名	続柄	証明する項目	備考
被保険者・被扶養者資格に関する証明	被保険者		本人	<input type="checkbox"/> 資格取得日 <input type="checkbox"/> 資格喪失日	
	被扶養者			<input type="checkbox"/> 扶養認定日 <input type="checkbox"/> 扶養削除日	
				<input type="checkbox"/> 扶養認定日 <input type="checkbox"/> 扶養削除日	
				<input type="checkbox"/> 扶養認定日 <input type="checkbox"/> 扶養削除日	
				<input type="checkbox"/> 扶養認定日 <input type="checkbox"/> 扶養削除日	
				<input type="checkbox"/> 扶養認定日 <input type="checkbox"/> 扶養削除日	

※ 被扶養者資格については、**直近の認定/削除日での証明**となります。それ以前の期間について証明が必要な場合は、備考欄にご記入ください。

＜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、資格確認書、資格情報のお知らせ、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、当組合の資格確認書、資格情報のお知らせ以外の身分証明書写しを添付してください。
- ※ A～C欄すべてをご記入ください。Aで「被保険者・被扶養者資格に関する証明」にチェックした方は、D欄に交付対象者をご記入ください。
- ※ 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