

注意 太枠内は記入しない

受付番号 (業)			
常務理事	事務長	係長	担当者

健康保険証明書交付申請書

申請日 令和 年 月 日

保険証の 記号と番号	記号 番号	被保険者 氏名	※ 印	被保険者の 生年月日	大・昭・平 年 月 日 生						
被保険者 の住所	〒 -		所属(就労先) 証明書送付先	(ビル 階)							
			連絡先(就労先or携帯)	TEL ()							
被保険者(上記※印の方)で、退職後6ヵ月以内に出産する予定の方のみ記入→				分娩予定日	令和 年 月 日						
<table><tr><td>資格喪失証明書</td><td></td></tr><tr><td>資格取得証明書</td><td></td></tr><tr><td>資格取得・喪失証明書</td><td></td></tr></table> ← 申請する証明書に○をつけてください。						資格喪失証明書		資格取得証明書		資格取得・喪失証明書	
資格喪失証明書											
資格取得証明書											
資格取得・喪失証明書											
証明書 の交付を 申請する 者	氏名	続柄	申請する理由								

－ 受付日付印 －

提出先

大塚商会健康保険組合
東京都千代田区九段北1-11-11
TEL 03-3234-3501