

平成 年 月 日

関西文紙情報産業健康保険組合理事長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電 話 () -

申請者の確認が出来るもの(運転免許証写し等)を添付してください。

「健康保険証明書」申請書

被保険者証 記号 - 番号	-	被保険者の氏名		生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
事業所の名称					
日中連絡の取れる電話番号 お問い合わせの際に利用します	自宅・勤務先・携帯	()	-		

必要な証明書の番号に をつけてください。

1. 健康保険資格喪失・削除証明書 (この証明書は喪失日または削除日以降でないとは発行できません)
2. 健康保険加入期間の証明書
3. その他 (内容を記入) []

証明を必要とする方の氏名等を記入してください。

氏 名	生 年 月 日	続 柄 (被保険者からの)
	大・昭・平 年 月 日	
	大・昭・平 年 月 日	
	大・昭・平 年 月 日	
	大・昭・平 年 月 日	
	大・昭・平 年 月 日	
	大・昭・平 年 月 日	

証明書返送先	住 所 〒 - 宛 名 様
--------	----------------------