

令和 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 \_\_\_\_\_

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	(昭和・平成) 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	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 勤務先・ <input type="checkbox"/> 携帯	( )	—		

※ 必要な証明書の番号に○をつけてください。

- 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)
- 健康保険加入期間の証明書
- 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・令 年 月 日	
	大・昭・平・令 年 月 日	
	大・昭・平・令 年 月 日	
	大・昭・平・令 年 月 日	
	大・昭・平・令 年 月 日	
	大・昭・平・令 年 月 日	

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