健 康 保 険 証 明 書 交 付 願

① 被保険者（申請者）氏名		② 被保険者との続柄	
③ 被保険者（申請者）住所	〒　　－ 電話　　（　　）		

※申請者は、原則として被保険者本人に限ります。被保険者死亡により被保険者以外の方が申請者となる場合は、添付書類を依頼させていただくことがありますので予め当健保組合までご連絡ください。

④ 被保険者証	記号	番号	⑤ 被保険者氏名	
⑥ 被保険者住所	〒　　－ 電話　　（　　）			
⑦事業所名称				
⑧証 明 事 項				
⑨使 用 目 的				
⑩提　出　先				

⑪	氏　　名	性別	被保険者との続柄	生　年　月　日
証明が必要な者の		男・女		昭・平・令　　年　　月　　日
		男・女		昭・平・令　　年　　月　　日
		男・女		昭・平・令　　年　　月　　日
		男・女		昭・平・令　　年　　月　　日
		男・女		昭・平・令　　年　　月　　日
		男・女		昭・平・令　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日　提出

受付印