

常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	主 任	係

パッケージ工業健康保険組合 御中

健康保険資格証明書発行願

下記の理由により、証明書の発行をお願いいたします。

令和 年 月 日

① 被保険者等の記号と番号				② 被保険者名		③ 生年月日	
記号		番号				昭和 平成 令和	年 月 日生
④ 被保険者の現住所			〒				
			TEL ()				

⑤ 証明書の種類（該当項目に○印）		⑥ 証明の必要な方（該当項目に○印）	
- 取得証明 - 喪失証明 - 被扶養者認定日 - 被扶養者削除日		- 被保険者 - 家族全員 - 被扶養者 _____ 続柄 () _____ 続柄 ()	
⑦ 証明書の提出先 ()			
⑧ 証明書の使用目的 (該当項目に○印)		- 国民健康保険の加入のため - 国民健康保険の脱退のため () の扶養に入るため - その他 下記に具体的な使用目的をご記入ください 出産育児一時金（直接支払制度）のためなど ()	
⑨証明書の発送希望場所 (該当項目に○印)		1 事業所	
		2 被保険者の住所	
		3 その他 下記に詳細をご記入ください 現住所ではなく住民票の住所へ送付希望、事業所が契約している社会保険労務士事務所等へ送付希望など ()	
3 を選んだ方のみ記入		住 所	〒
		名 称	

..... 受付日付印