

りそな健康保険組合 御中

証明書交付願

下記に関する証明書を交付下さいますようお願い申し上げます。

記

- 証明事項** (いずれかにチェックして下さい。その他の場合はカッコ内に証明事項を記入して下さい。)
 - 被保険者資格を喪失したこと
 - 被扶養者 (氏名) _____ が資格を喪失したこと
 - その他(_____)
- 使用目的** (いずれかにチェックして下さい。その他の場合はカッコ内に使用目的を記入して下さい。)
 - 国民健康保険に加入するため
 - 家族等の健康保険の被扶養者になるため
 - 国民年金の種別変更手続のため
 - その他(_____)

被保険者証の
記号と番号 _____

所属部店名 _____

被保険者 住所 〒 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

(退職または勤務形態変更の場合 _____ 年 月 日 退職勤務形態変更)
 (どちらかに○印)

【健保使用欄】

(証明書交付)

年 月 日		
常務理事	検印	担当

(住所変更)

年 月 日	
検印	担当