

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(自署)

\_\_\_\_\_

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