年　　月　　日

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
（どちらかに〇印）

【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