

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

〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇

所属部店名

\_\_\_\_\_

被保険者 住所

〒 △△△ - △△△△

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

証明書の送付先となる住所を記入。

氏名

\_\_\_\_\_ (印)

電話番号

□□□ - □□□ - □□□□

退職または勤務  
形態変更の場合

2019年 2月 28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 |
|       |    |

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( **標準報酬月額**の証明 ) \_\_\_\_\_ )
- 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( **日本スポーツ振興センターへの医療費請求** ) \_\_\_\_\_ )

被保険者証の  
記号と番号

〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇

所属部店名

\_\_\_\_\_

被保険者 住所

〒 △△△ - △△△△

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

証明書の送付先となる住所を記入。

氏名

\_\_\_\_\_ (印)

在籍中の方は、本人直通TEL  
メンバーズ内線がある場合  
出来るだけメンバーズ内線を記入。

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 |   |
|    |    |   |

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( **医療費のお知らせ(〇〇年〇〇月～〇〇年〇〇月診療分)** ) \_\_\_\_\_ )
- 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( **確定申告に使用のため** ) \_\_\_\_\_ )

被保険者証の  
記号と番号

〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇

所属部店名

\_\_\_\_\_

被保険者 住所

〒 △△△ - △△△△

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

証明書の送付先となる住所を記入。

氏名

\_\_\_\_\_ (印)

在籍中の方は、本人直通TEL  
メンバーズ内線がある場合  
出来るだけメンバーズ内線を記入。

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 |   |
|    |    |   |