2024 年　11 月　15 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（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

被保険者の記号と番号　〇〇〇〇 － 〇〇〇〇〇

所属部店名

被保険者　住 所　〒 △△△ － △△△△

証明書の送付先となる住所を記入。

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

氏 名（自署）

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　2024 年 10 月 31 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

2024 年　11 月　15 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（ 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 ）

資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

被保険者の記号と番号　〇〇〇〇 － 〇〇〇〇〇

所属部店名

被保険者　住 所　〒 △△△ － △△△△

証明書の送付先となる住所を記入。

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

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。

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

2024 年　11 月　15 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（ 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 ）

資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

被保険者の記号と番号　〇〇〇〇 － 〇〇〇〇〇

所属部店名

被保険者　住 所　〒 △△△ － △△△△

証明書の送付先となる住所を記入。

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

氏 名（自署）

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

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