### 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。)
	<ul><li>□ 被保険者資格を喪失したこと</li><li>□ 被扶養者 (氏名)</li><li>□ 被扶養者 が資格を喪失したこと</li></ul>
	□ その他()
•	<b>使用目的</b> (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(
	保険証、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 0000 - 00000 記号と番号
	所属部店名
	被保険者 住 所 〒 <u>△△△</u> - <u>△△△△</u>
	証明書の送付先となる住所を記入。
	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       2024       年 10 月 31

### 【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)

(1—// 1 = 4 = 4 /			
年	月	日	
検印	印 担当		

# 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	也の場合はカッコ内に証明事項を記入して下さい。)
<ul><li>□ 被保険者資格を喪失したこと</li><li>□ 被扶養者 <sup>(氏名)</sup></li></ul>	が資格を喪失したこと
□ 101大後日 □ その他( <mark>標準報酬月額の証明</mark>	<b>が</b> 負俗を攻入したこと )
• <b>使用目的</b> (いずれかにチェックして下さい。その他	也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	21
□ 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
保険証、資格確認書、資格マイナポータルでご確認くな	子情報のお知らせ、 ださい 0000 - 0000
記号と番号	
所属部店名	
被保険者 住 所	$\overline{+}$ $\triangle\triangle\triangle$ $ \triangle\triangle\triangle\triangle$
証明書の送付先となる住所を記入。	○○県○○市○○町○○番○○号
在籍中の方は、本人直通TEL メンバーズ内線がある場合	署)
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 <u></u> 退職 日 <u> </u>
 【健保使用欄】	
(証明書交付) (住所変更)	

,,, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
	年 月	日		
常務理事	検印	担当		

年	月	日
検印	担	当

# 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

<ul><li>□ 被保険者資格を喪失したこと</li><li>□ 被扶養者 (氏名)</li></ul>	カ	ぶ資格を喪失した	こと	
☆ その他(医療費のお知らせ(C)	)〇年〇〇月~	〇〇年〇〇月記	<b>診療分)</b>	)
<b>吏用目的</b> (いずれかにチェックして下)	さい。その他の類	場合はカッコ内に	ニ使用目的を記	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			)
被保険者の 記号と番号 所属部店名 被保険者		T △△△ -	- AAAA	
証明書の送付先となる住所を記入。		〇〇県〇〇市	00町00	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	氏 名(自署)			
出来るだけメンバーズ内線を記入。	電話番号			
	たは勤務 変更の場合	年	月 —— ——	退職 日 勤務形態変更 (どちらかに〇印)

(証明書交付)

(住所変更)

	年	月	日
常務理事	検F	[]	担当

年	月	日
検印	担	当