

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

〒 △△△ - △△△△

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)

電話番号

□□□ - □□□ - □□□□

退職または勤務
形態変更の場合

2021 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

〒 △△△ - △△△△

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○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

〒 △△△ - △△△△

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		