

被保険者 取得日及び喪失日 証明願
被扶養者 認定日及び削除日 証明願
【使用目的：国民健康保険加入】

※組合記入欄

| マネージャー | 担当主査 | スタッフ |
|--------|------|------|
| | | |
| | 一次確認 | 二次確認 |
| | | |

■被保険者 記入欄（必ずご記入ください）

| | | |
|---------|-------------|---|
| 被保険者 | 被保険者等記号・番号 | — |
| | 所属していた事業所名称 | |
| | 在職時の本人住所 | 〒 — |
| | 氏名 | (フリガナ) |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 |
| 証明事項 | 証明書の用途 | 国民健康保険加入 |
| | 証明内容 | <input type="checkbox"/> 被保険者の喪失日 <input type="checkbox"/> 被扶養者の削除日 |
| 証明書の送付先 | 被保険者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 氏名 | |
| | 送付先住所 | <input type="checkbox"/> 在職時の本人住所と同じ 〒 — |
| | 電話番号 | () |

■「証明書の送付先」が被保険者・被扶養者以外の場合は、下記に自署で記名してください

| | | |
|-----|----------------------------|--|
| 委任欄 | 上記の者に、証明書の受理を委任します。(自署で記名) | |
| | (被保険者・被扶養者) 氏名 | |

※自署でない場合(パソコン入力等)は被保険者住所へ返戻させていただきます。

■被扶養者 記入欄（被扶養者の証明が必要な場合にご記入ください）

| 被扶養者 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | | | |
|------|----|----|---|---|---|---|
| | | | 年 | 月 | 日 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |

- 資格証明書の発行には、事業所から当組合への資格喪失届（被扶養者異動届）の提出が必要です。資格喪失届（被扶養者異動届）の手続き完了後、資格証明書を発行いたします。
- 記載内容に不備がある際には、追加で添付書類が必要になる場合があります。

《送付先》
〒102-8017
東京都千代田区富士見1-12-8 TJKプラザ
東京都情報サービス産業健康保険組合 適用グループ 宛
TEL 03-3239-9819

受付印