

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：国民健康保険加入以外】

※組合記入欄

マネジャー	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	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月 日
証明事項	証明書の用途			
	証明内容	☐ 被保険者の喪失日 ☐ 被扶養者の削除日 ☐ その他 ()		
証明書の送付先	被保険者との関係	☐ 本人 ・ ☐ その他 ()		
	氏 名			
	送付先住所	☐ 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、下記に自署で記入してください

委任欄	上記の者に、証明書の受理を委任します。
	(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
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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