

記入例

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	保険証の記号・番号	6666	—	2222
	所属していた事業所名称	在籍していた（している）会社名		
	在職時の本人住所	〒 123	—	00△□
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		
		健保 太郎		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	3	年	4
証明事項	証明書の用途	被扶養者の申請のため		
	証明内容	<input type="checkbox"/> 被保険者の喪失日	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者の削除日	<input type="checkbox"/> その他（ ）
証明書の送付先	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	氏名	※本人の申請の場合は記入不要		
	送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 在職時の本人住所と同じ		
		〒	—	
電話番号	080	（	0000	）
			111△	

■「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	健保 花子	続柄	妻	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	年	5	月	5	日
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						

●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