

※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

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】

■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		
	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
証明事項	証明書の用途	国民健康保険加入		
	証明内容	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の喪失日	<input checked="" 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 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						
	健保 花子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input 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		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