

平成 年 月 日

常務理事	事務長	課長	係長	係員

愛知県情報サービス産業健康保険組合 理事長殿

健康保険資格確認証明書発行申請書

1. 被保険者記入欄

被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者氏名	印
現住所	〒			
電話番号	— —		喪失証明の場合は勤務していた事業所名称	

2. 必要とする証明書の種類(該当する項目を○囲み)

1. 取得証明	2. 喪失証明
---------	---------

3. 証明の必要な方(該当する項目を○囲み、3の場合は発行対象者の氏名・続柄・生年月日を記入)

1. 被保険者	2. 世帯全員(被保険者・被扶養者全員)			
3. 被扶養者	氏名	続柄	生年月日	昭・平 年 月 日
	氏名	続柄	生年月日	昭・平 年 月 日
	氏名	続柄	生年月日	昭・平 年 月 日
	氏名	続柄	生年月日	昭・平 年 月 日

4. 証明の必要とする理由(該当する項目を○囲み、2の場合は理由を記入)

1. 国民健康保険の加入(脱退)手続き	2. その他()
---------------------	-----------

【注意】 資格喪失証明書の発行は、資格喪失手続き終了後でないとは発行できません。