証 明 書（願）

申請者（被保険者）		住所 〒　　TEL　（　　）	
		氏名　　印	
保険証の記号番号	―	会社の名称	
1.証明（願）区分 （該当する項目に○を付してください）		ア.健康保険の資格期間証明（資格喪失・被扶養者認定削除） イ.その他（　　） 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで	
2.証明を必要とする提出先および理由		提出先	
		理由	

3.証明欄　（申請者は、証明を必要とする方全員について、つぎの①～③までの欄を記入して下さい）

①被保険者 被扶養者の氏名	②被保険者 との続柄	③生年月日	＊資格取得年月日 （扶養認定年月日）	＊資格喪失年月日 （扶養削除年月日）
		明・大・昭・平 年　月　日	昭和・平成 年　月　日	昭和・平成 年　月　日
		明・大・昭・平 年　月　日	昭和・平成 年　月　日	昭和・平成 年　月　日
		明・大・昭・平 年　月　日	昭和・平成 年　月　日	昭和・平成 年　月　日
		明・大・昭・平 年　月　日	昭和・平成 年　月　日	昭和・平成 年　月　日
		明・大・昭・平 年　月　日	昭和・平成 年　月　日	昭和・平成 年　月　日

＊欄は記入しないでください。　　（資格有効期間は、資格喪失・扶養削除年月日の前日です）

＊全外食健証　　号

上記のとおり証明します。

＊平成　年　月　日

殿

保険者　所在地　東京都港区浜松町1－29－6
浜松町セントラルビル9階

名称　全国外食産業ジェフ健康保険組合