

# 証明書願

申請者（被保険者）	住所	〒 〇〇〇 ー 〇〇〇〇 Tel 〇〇 ー 〇〇〇〇 ー 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇-〇-〇			
	氏名	〇 〇 〇 〇 〇 〇 印			
保険証の	記号	〇 〇 〇	会社の 名称	株 式 会 社 〇 〇 〇 〇 〇	
	番号	〇 〇 〇			
1. 証明区分 (該当する項目に〇を付し、 必要事項を記入してください)	資格	ア. 被保険者資格喪失・被扶養者資格削除証明 イ. 被保険者資格取得・被扶養者資格認定証明 ウ. 被保険者・被扶養者加入期間証明			
	保険料	エ. 保険料納入証明 平成 年 月 ~ 平成 年 月 納入分			
	給付	オ. 保険給付（給付種別： ）支給証明 平成 年 月 ~ 平成 年 月 支給分			
	その他				
	2. 証明を必要とする提出先および理由	提出先	〇〇〇市役所		
	理由	国民健康保険加入のため			
3. 申請者は、証明を必要とする方全員について、下記の①～③までの欄を記入してください。					
①被保険者・被扶養者の氏名		②続柄	③生年月日		
〇 〇 〇 〇		本人	昭 平	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
			昭・平	年 月 日	
			昭・平	年 月 日	
			昭・平	年 月 日	
			昭・平	年 月 日	

平成〇〇年〇〇月〇〇日提出

受付日付印