

証明書願い

申請者（被保険者）	住所	〒〇〇〇 — 〇〇〇〇 Tel 〇〇 — 〇〇〇〇 — 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 印	
保険証の	記号	〇 〇 〇	会社の名称
	番号	〇 〇 〇	
1. 証明区分 (該当する項目に○を付し、 必要事項を記入してください)		資格	<input checked="" type="radio"/> ア. 被保険者資格喪失・被扶養者資格削除証明 <input type="radio"/> イ. 被保険者資格取得・被扶養者資格認定証明 <input type="radio"/> 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・令和 年 月～平成・令和 年 月納入分
		給付	オ. 保険給付（給付種別：) 支給証明 平成・令和 年 月～平成・令和 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	<input checked="" type="radio"/> 昭 平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

受付日付印