

事務局長	部長	課長	扱者

健康保険資格証明願

管工業健康保険組合
 理事長 篠原 直男 殿

申請者 _____ 印

1. 下記の者は、健康保険の資格を、
- 取得 _____ していることを証明願います。
喪失 _____
 (該当欄に「レ」をしてください。)

証明を求める理由	<input type="checkbox"/> 国保加入のため <input type="checkbox"/> 医療機関へ提出のため <input type="checkbox"/> その他(_____)		
被 保 険 者	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		
	氏 名 ・ 生 年 月 日		昭 平 令 年 月 日
	現 住 所		
被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 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
			昭 平 令 年 月 日
備 考			

令和 年 月 日 提出

部発行

確認者