

常務理事	事務長	課長	係

健康保険資格(取得・喪失)証明願

令和 年 月 日

大阪鉄商健康保険組合理事長 様

被保険者証の記号・番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者(申請者)氏名 \_\_\_\_\_

※申請者が被保険者以外の場合は、被保険者との続柄( )

〒 \_\_\_\_\_

現住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

下記の事由により、健康保険資格(取得・喪失)の証明をお願いします。

記

【事由】(該当に○)

- 1 国民健康保険等(加入・脱退)のため
- 2 国民年金被保険者種別確認申請のため
- 3 その他( \_\_\_\_\_ )

【証明が必要な方】(該当に○)

- 1 被保険者・被扶養者 全員
- 2 配偶者のみ(配偶者氏名: \_\_\_\_\_ )
- 3 その他( \_\_\_\_\_ )

【提出先】

- 1 \_\_\_\_\_ 市・区・町・村
- 2 \_\_\_\_\_ 年金事務所
- 3 その他 ( \_\_\_\_\_ )

※所定の用紙に証明が必要な場合は、この証明願に添付して下さい。