

※ 健保使用欄 ※

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

証明書発行申請書

被 保 険 者	被保険者証の			氏名	
	記号		番号		
	現住所	〒			
	電話番号		希望送付先	1. 自宅 2. 事業所	

◆下記該当する項目に○をして下さい。

発 行 希 望 対 象 者	<input type="radio"/>	被保険者				
	<input type="radio"/>	被保険者並びに被扶養者全員				
	<input type="radio"/>	被扶養者(※下記に発行を希望する被扶養者について記載して下さい。)				
	対 象 被 扶 養 者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
		氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	

交 付 希 望 の 証 明 書 の 項 目	被保険者		被扶養者	
	<input type="radio"/>	資格取得年月日	<input type="radio"/>	認定年月日
※該当項目に○をしてください	<input type="radio"/>	資格喪失年月日	<input type="radio"/>	削除年月日

証 明 書 の 使 用 目 的	<input type="radio"/>	国民健康保険 (加入の為 ・ 脱退の為) ※該当する()内の項目に○をして下さい。		
	<input type="radio"/>	確定申告で使用する為		
	<input type="radio"/>	出産育児一時金 (直接支払制度) のため		
	<input type="radio"/>	他の健康保険組合等で扶養に入る為		
	<input type="radio"/>	加入期間の証明書を提出する為	提出先	
	<input type="radio"/>	その他	※下記に理由を記載して下さい	

※ご不明点等ございましたら下記までお問い合わせ下さい。

日本赤十字社健康保険組合
〒105-0012
東京都港区芝大門1-1-3 日本赤十字社ビル東館3階
TEL:03-6680-9050 業務課適用係

