※ 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	健康保険被保険者			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〇をして下さい。

発行希望対象者	〇	被保険者			
	〇	被保険者並びに被扶養者全員			
	〇	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 ※該当項目に〇をしてください	被保険者		被扶養者	
	〇	資格取得年月日	〇	認定年月日
	〇	資格喪失年月日	〇	削除年月日

証明書の使用目的 ※該当項目に〇をしてください	〇	国民健康保険（　加入の為　・　脱退の為　）※該当する( )内の項目に〇をして下さい。	
	〇	確定申告で使用する為	
	〇	出産育児一時金　（直接支払制度）　のため	
	〇	他の健康保険組合等で扶養に入る為	
	〇	加入期間の証明書を提出する為	提出先
	〇	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

受付日付印