証　　明　　願

証第　　号

記号		加入(していた)		被保険者名	
番号		事業所名			

証明事項	※証明してもらいたいこと(下記より必要な事項の番号を〇で囲んでください) 1. 現在加入していることの証明　事業所名称・所在地の記載 (有 ・ 無) 2. 資格喪失・扶養削除の証明　被扶養者氏名 (　　) 3. 任意継続保険料の納付額証明　(平成・令和　年　月分 ～ 平成・令和　年　月分) 4. その他　(具体的に　　)

上記について＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿のため必要なので証明願います。

証明書の提出先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受取委任欄(本人以外に受取希望の場合)	
事業所名	
所在地 (送付先)	〒　　－
氏名	
受取希望欄	郵送 ・ 窓口受取
申請者氏名	
☐ 上記の者に受取委任いたします。(左記に☑チェックをしてください)	

令和　　年　　月　　日

〒

申請者の　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者の電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1)受け渡し方法は、原則、受取人への郵送となります。
2)窓口での受け取りを希望する場合、受取人は身分確認できるもの(写真付きのものは1点、無いものは2点以上)の持参が必要です。なお、その場にてコピーをいただきます。
3)上記2)による身分確認が不完全であったり、当組合において受取人に疑義が生じた場合、交付出来ない場合もあります。

受付日付印

身分証明書等確認欄
1.免許証　2.身分証明証　3.健康保険証 4.その他(具体的に:　　)

※上記事項について確認した結果、
相違ないので証明書を発行いたしたい。

健保使用欄		
課　長	係　長	係