常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

健康保険　資格証明申請書

※申請する理由（目的）を記入して下さい。

（記入例：①国民健康保険に加入するため。 ②夫が加入している健康保険に被扶養者として加入するため。
③出産育児一時金等の医療機関等への直接払制度利用のため。）

目的	

事業所名称		被保険者	記号	番号	氏名

生年月日				性別
昭和 平成 令和	年	月	日	男・女

※被扶養者については、証明を必要とする方のみご記入ください。

被扶養者	氏名	生年月日				性別	続柄
		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	

受付日付印

○健康保険資格証明を申請いたします。

申請者氏名	㊞
申請者住所	〒 電話番号または携帯電話（　　－　　－　　）

～送付先住所～
〒110－8639
東京都台東区東上野1－13－14
電話　03－3833－6141
関東百貨店健康保険組合