

健康保険 資格証明申請書

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

※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	保 険 証 の		氏 名
		記 号	番 号	

※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	年	月			日
		昭 和 平 成	年	月	日	男・女	
		昭 和 平 成	年	月	日	男・女	
		昭 和 平 成	年	月	日	男・女	
		昭 和 平 成	年	月	日	男・女	
		昭 和 平 成	年	月	日	男・女	

昭和 平成	生 年 月 日			性 別
	年	月	日	

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