

証 明 書 発 行 申 請 書

※署名・捺印は必須となります。

|         |                  |        |     |              |  |
|---------|------------------|--------|-----|--------------|--|
| 記号　－　番号 |                  | 被保険者氏名 |     |              |  |
| －       |                  | 署名     |     | <div>印</div> |  |
|         |                  | 生年月日   | 昭・平 |              |  |
| 送付先住所   | 〒　　－　　都　道<br>府　県 |        |     |              |  |
|         | 連絡先Tel　　－　　－     |        |     |              |  |

|            |                      |      |                                                             |  |
|------------|----------------------|------|-------------------------------------------------------------|--|
| 証明書種類を○で囲む | ・資格喪失証明書             |      | 退職日：令和　　年　　月　　日                                             |  |
|            | ・資格取得証明書・資格期間証明書     |      |                                                             |  |
| 証明対象者      | ・医療費通知兼現金給付通知　（　　）年分 |      | ※医療費のお知らせにつきましては、マイナポータルのアプリ、もしくはWebの「わたしの情報について」にてご確認ください。 |  |
|            | ・その他　（　　）            |      |                                                             |  |
|            | 続柄                   | 氏　　名 |                                                             |  |
|            |                      |      |                                                             |  |
|            |                      |      |                                                             |  |
| 使用目的を○で囲む  | ・国民健康保険に加入（脱退）手続きのため |      |                                                             |  |
|            | ・その他　（　　）            |      |                                                             |  |

|      |     |   |   |
|------|-----|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|      |     |   |   |