

# 証明書発行依頼書

申請者記入用

令和 年 月 日  
依頼日

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)		昭和 平成 令和			
	氏名・印	(フリガナ)				
	住所	(〒 )				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL:					

下記についての証明をお願いいたします。

※該当に✓印のうえ必要事項をご記入ください。

証明内容	証明の種類	提出先	目的	備考
	資格喪失証明書 (退職したとき)		国保加入のため 他保険加入のため その他	
	資格喪失証明書 (被扶養者を削除したとき)		国保加入のため 他保険加入のため その他	(証明対象被扶養者名)
	健康保険加入証明書			
	健康保険料納付証明書		確定申告のため その他	令和 年 月 分から 分まで
	保険給付費支払額証明書 (高額療養費・付加給付金等)		確定申告のため その他	令和 年 月 分から 分まで
	付加給付内容証明書		医療費助成に必要 その他	
その他の証明書※上記以外の証明書が必要な場合はその内容、目的欄でその他を選択した方は使用目的をご記入ください。				

受付日付印